

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

N° 962

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GASC Alain-Michel

né le 16 Septembre 1941 à SARTROUVILLE (Seine-&-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RETENTISSEMENT
GASTRO-DUODÉNAL DES COLOPATHIES
CHRONIQUES CHEZ LES ANCIENS AMIBIENS
(A propos de 50 observations)

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

GASC Alain-Michel

né le 16 Septembre 1941 à SARTROUVILLE (Seine-&-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 19 Juin 1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RETENTISSEMENT
GASTRO-DUODÉNAL DES COLOPATHIES
CHRONIQUES CHEZ LES ANCIENS AMIBIENS
(A propos de 50 observations)

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur



A MA MERE

avec toute ma tendresse

A M. L. LHOTELLIER

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

Je dédie cette thèse.



A M. le Professeur Ch. DEBRAY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

En hommage respectueux.

A M. le Professeur R. DURIEZ

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*Qui nous a donné le sujet de cette thèse et nous guida avec
tant de bienveillance dans la réalisation de ce travail.*

En témoignage de notre gratitude.

A M. le Professeur Ch. LAVERDANT

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

*En remerciement de l'accueil qu'il nous a réservé
et des conseils qu'il a bien voulu nous donner.*

INTRODUCTION

R. Cattani (8) écrivait en 1949 : « Il existe, entre les diverses portions du tube digestif, des interférences réflexes qui les rendent dépendantes les unes des autres ». La pathologie digestive nous fournit en effet de nombreux exemples d'une symptomatologie fonctionnelle souvent très riche et qui déborde fréquemment l'organe primitivement malade.

Les anciens amibiens n'échappent pas à cette règle et il est classique de décrire chez ces malades souffrant d'une colopathie chronique plus ou moins ancienne et plus ou moins intense la survenue possible de manifestations gastro-duodénales qui vont coexister avec les troubles coliques et fréquemment prendre le pas sur eux.

Cette éventualité est loin d'être rare et n'a pas manqué d'attirer l'attention des cliniciens : Monges (37), Dejou et Barbet (17), Baumel (2) ont, les premiers, signalé l'existence simultanée de ces deux affections digestives chez un même malade, et Tripodi (47) en 1956, dans une étude portant sur 1.116 amibiens, pouvait noter chez 33 % d'entre eux la présence de troubles dyspeptiques.

Une telle fréquence a, bien sûr, suscité de multiples travaux sur lesquels nous reviendrons et dans lesquels les auteurs se sont assigné un double but :

- d'une part, étudier ce retentissement gastro-duodéal dans ses différentes manifestations cliniques et para-cliniques ;
- d'autre part, toute coïncidence de hasard semblant pouvoir être exclue, élucider le mécanisme reliant les manifestations coliques aux symptômes gastro-duodénaux ; un tel problème est complexe et encore loin d'être résolu.

On est toutefois surpris, tout au long de ces observations, du peu de vérifications gastroscopiques et plus encore biopsiques, peut-être parce que ces examens n'avaient alors pas encore pris l'importance actuelle que leur ont donné notamment les travaux de Schindler et de Ch. Debray. Ce fait est certainement responsable de l'importance sans doute excessive attribuée aux périduodénites et aux troubles dyspeptiques banaux.

Ce sont de nouvelles données destinées à compléter les travaux antérieurs que nous avons voulu apporter dans notre travail. Délaissant volontairement la question des ulcères et ses hypothèses pathogéniques, seul nous retiendra le problème des gastro-duodénites.

Nous avons ainsi choisi 50 malades, chez lesquels des examens objectifs, gastroscopie et gastrobiopsie en particulier, nous ont permis dans presque tous les cas de vérifier l'existence de lésions anatomiques ; ces malades n'avaient entre eux d'autres liens que :

- des séjours prolongés outre-mer ;
- durant ces séjours, une ou plusieurs infestations amibiennes, en général anciennes et traitées, les examens parasitologiques pratiqués au moment de l'hospitalisation ayant été négatifs dans la majorité des cas ;

- d'accuser, tous, des symptômes de colopathie fonctionnelle plus ou moins intense, mais sur lesquels prédominaient toujours des troubles gastro-duodénaux, pour lesquels nous n'avons pu mettre en évidence d'autre étiologie que celle que nous proposait leur passé amibien.

Le plan d'étude que nous avons donc adopté est le suivant :

1. *Historique.*

3. *Etude analytique :*

- le passé amibien ;
- les troubles coliques ;
- les troubles gastro-duodénaux ;
- les manifestations associées.

4. *Etude synthétique.*

5. *Conclusions.*

6. *Bibliographie.*

HISTORIQUE

Si des troubles coliques, hépatovésiculaires ou même extra-digestifs chez un malade dont est connu le passé amibien, sont volontiers rapportés à la parasitose ancienne, il en est bien différemment lorsqu'apparaissent chez un tel patient des manifestations gastro-duodénales.

Dans ce dernier cas, le rôle de l'amibiase est rarement invoqué d'emblée, et d'autant plus difficilement admis que l'épisode dysentérique initial est plus lointain (parfois oublié du malade), que les troubles coliques séquellaires sont plus discrets, souvent même absents ; de même une symptomatologie gastrique chez un malade n'ayant jamais séjourné dans une zone réputée d'endémie amibienne, fait rarement pratiquer une recherche systématique du parasite dans les selles.

Une telle attitude ne se justifie nullement si l'on tient compte de la quantité de travaux qu'ont publié, depuis près de 50 ans, les cliniciens qui ont été frappés par le nombre important d'amibiens chroniques qui consultaient, non pour des manifestations intestinales, mais pour des troubles gastro-duodénaux.

C'est Ch. F Graig (13) qui, en 1923, attira le premier l'attention sur l'importance des séquelles dyspeptiques chez les sujets atteints de dysenteries ; 8 ans plus tard, Gutmann (27) étudiant les difficultés diagnostiques de l'amibiase, particulièrement en France, montre la fréquence des formes révélées par des manifestations dyspeptiques, accompagnées de troubles hépatiques ou intestinaux à peine marqués.

C'est à leur suite et à partir des publications faites par Costantini (11), Speder (45), Pérard et Dubouveau (40), au Congrès de l'Amibiase qui se tint au Maroc en 1936 que les auteurs vont multiplier les publications visant à affirmer le concept de retentissement gastro-duodéal de l'amibiase ; leurs travaux vont simultanément poursuivre deux buts principaux :

- établir la réalité des corrélations entre amibiase et troubles dyspeptiques ;
- déterminer la nature des corrélations.

A) REALITE DES CORRELATIONS EXISTANT ENTRE AMIBIASE ET MANIFESTATIONS GASTRO-DUODENALES

Il ne faut pas dissimuler les difficultés que l'on a longtemps éprouvées à imputer à l'amibiase, directement ou indirectement, les lésions gastro-duodénales observées chez les amibiens. La réalité de ce retentissement semble cependant aujourd'hui bien établie et ceci sur des données cliniques, radiologiques, gastroscopiques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

1. Cliniquement :

Ces troubles dyspeptiques, souvent négligés, étiquetés de « banaux », de « réflexes », se sont vite imposés par leur fréquence à tous les cliniciens qui se sont penchés sur ce problème.

A Monges (37), tout d'abord, qui, en 1938, étudiant l'avenir digestif des amibiens, remarque que fréquemment la symptomatologie intestinale s'amende, laissant place à des troubles dyspeptiques séquellaires.

A Baume (2), ensuite, et à ses élèves Brumpt (7), Pétrique (41), Lhoiry (32), dans leurs thèses qui rapportent de multiples observations de troubles gastriques isolés chez des sujets n'accusant ni douleurs coliques, ni troubles du transit, mais dont l'examen des selles met en évidence des formes hématophages d'*Entamæba Histolytica*.

En 1943, deux chirurgiens militaires, Dejou et Barbet (17), rapportent de nouvelles observations et, faisant une étude d'ensemble du problème, classent les manifestations gastro-duodénales de l'amibiase chronique en quatre types différents :

- dyspepsies banales : de type hypersthénique ou hyposthénique ;
- périoduodénites ;
- polyroduodénites ;
- ulcère gastrique.

Baume, deux ans plus tard, ajoute à cette classification la possibilité de véritables gastrites et pose le problème du cancer gastrique.

A partir de ces travaux originaux, de nouvelles publications vont s'inscrire dans un cadre analogue :

- Filippi dans sa thèse (23), Colonello (10), Tripodi (47), Molinier (33), ont particulièrement étudié le problème de l'ulcère gastrique chez des malades porteurs de séquelles d'amibiase, remarqué sa particulière fréquence (trois fois plus que chez le non amibien) et ont défini quelques caractères particuliers : fréquence de la localisation bulbaire, des hémorragies et des récidives après gastrectomie ;
- Aidan (1), Ravaglia (42) et Cattani (8), limitent leur étude aux duodénites d'origine parasitaire et mentionnent la coexistence habituelle d'altérations radiologiques de la muqueuse gastrique ;
- Fromantin (24), sur une population de 350 anciens amibiens dont 94 % présentent une colopathie séquellaire avec troubles du transit, note que 63 % de ces malades souffrent d'une dyspepsie de type hyposthénique : il insiste sur les éléments défavorisants que représentent pour l'avenir digestif des amibiens, un long séjour outre-mer et un traitement émétinien tardif ;
- Félix et Droniou (22), mentionnent que 1/3 des amibiases autochtones qu'ils dépistent le sont par un examen de selles, motivé par des manifestations gastro-duodénales ;
- enfin, Blanc et Siguier (6), dans l'important ouvrage qu'ils consacrent à l'amibiase, incluent ces manifestations gastro-duodénales dans le cadre de phénomènes de « répercussivité à distance » et isolent ces malades dans le groupe des « cologastriques », terme qui sera repris par Serafino et Nosny (44).

2. Radiologiquement :

Le transit baryté gastro-duodéal est loin d'être toujours positif chez l'amibien souffrant de troubles dyspeptiques ; toutefois, des images anormales, sans être spécifiques, sont suffisamment fréquentes pour constituer un argument de plus en faveur du rôle de l'amibiase dans leur survenue.

Elles ont été particulièrement décrites par Speder (45) en 1936 : déformation du bulbe,

parfois signes de sténose ou de stase duodénale, rapportés à une périviscérite du carrefour digestif supérieur.

Jacquelin, Cornet et Laplagne (28), sur sept observations, notent une hypersécrétion des altérations des plis gastriques, modifiant suffisamment les images radiologiques pour avoir justifié dans un cas une laparotomie à la recherche d'un cancer gastrique.

3. Données endoscopiques et histologiques :

Elles sont fort peu nombreuses dans la littérature. Baumel (2) montre, en 1945, qu'une gastroscopie peut révéler l'existence d'une gastrite diffuse, subaiguë ou chronique, le plus souvent de type mamelonnée.

Blanc et Siguier (6), retrouvent ces lésions chez deux malades ; des ulcérations peuvent s'y associer ; elles seraient en coup d'ongle, superposables aux ulcérations rencontrées au niveau de la muqueuse rectale.

Plus récemment, Cornet (28), sur trois gastroscopies, ne retrouve pas d'ulcérations, mais une gastrite intense érosive et pultacée, diffuse.

Les seules autres données anatomiques que nous ayons sont d'ordre nécropsiques et révèlent la présence d'érosions de la muqueuse (Dopter, Kultz) ou proviennent de pièces de gastrectomie, l'intervention chirurgicale ayant été pratiquée dans la crainte d'un ulcère : dans cette dernière hypothèse, des auteurs comme Dejou (16), Chêne et Simon (9), ont été frappés par l'aspect inflammatoire et œdémateux de la muqueuse gastrique, par l'hypertrophie des plis, l'examen histologique concluant à une infiltration lymphoplasmocytaire.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données gastro-biopsiques.

4. Arguments thérapeutiques :

La disparition des manifestations gastro-duodénales sous l'influence d'un traitement anti-amibien, constitue un argument de poids pour relier amibiase et troubles dyspeptiques.

L'effet bénéfique de l'émétine a été noté par de nombreux auteurs : Baumel, Dejou et Barbet, Coumel, Molinier et Rescanières (12), montrent que les atteintes fonctionnelles réagissent parfaitement bien au traitement spécifique qui n'aurait, par contre, pas ou peu d'effet sur les atteintes organiques surtout anciennes et qui, une fois constituées, évolueraient pour leur propre compte.

Chêne et Simon insistent même sur l'intérêt, en l'absence d'étiologie déterminée, d'un traitement d'épreuve à l'émétine.

Enfin, Jacquelin, Cornet et Laplagne, au cours de sept cas de gastrites intenses chez des anciens amibiens, observent une amélioration décisive après traitement par la didoxyquinoléine (Direxiode).

B) QUELLE EST LA NATURE DE CES CORRELATIONS ?

La nature des relations qui lient l'amibiase aux altérations anatomiques des muqueuses gastro-duodénales est extrêmement difficile à établir ; les mécanismes sont sans doute multiples.

1. La première hypothèse qui fut envisagée est celle d'une action directe de l'amibe au niveau de la muqueuse gastrique. Nous ne connaissons dans ce sens qu'une seule observation de Letulle rapportée par Konjetzny ou à l'autopsie d'un ancien amibien aurait été trouvée une gastrite avec envahissement de la paroi par des amibes.

Mais ce cas demeure isolé et tous les examens pratiqués dans ce sens s'étant révélés négatifs, un tel mécanisme direct est aujourd'hui réfuté par tous les auteurs.

2. Une deuxième possibilité est offerte par la théorie inflammatoire et infectieuse développée notamment par Speder, Loeper, Brumpt, Dejou et Barbet. Ces auteurs attribuent les lésions des parois du gastro-duodénum à la propagation d'une infection qui se surajoute à l'infestation amibienne du côlon ; la voie utilisée par cette infection pour se propager jusqu'au carrefour digestif supérieur serait soit directe, par contiguïté, en utilisant le voisinage des séreuses et des mésos, soit indirecte par l'intermédiaire des relais lymphatiques.

Cette hypothèse, basée sur des considérations anatomiques, permet de rendre compte en partie, du fait clinique fréquemment constaté, que le retentissement gastro-duodéal est plus marqué lorsque l'ancien amibien présente une colite à prédominance droite.

3. Un troisième mécanisme possible est défendu par Chêne et Simon : au cours de toute amibiase intestinale existe une atteinte hépatique plus ou moins marquée, plus ou moins latente qui accompagne les signes coliques et leurs survit de façon chronique.

Quand on sait l'importance attribuée aux troubles hépatiques dans la genèse des gastrites, il est normal de trouver là un relais unissant amibiase et troubles dyspeptiques.

4. Théorie neurovégétative : elle est développée par Filippi dans sa thèse. Toute amibiase intestinale chronique est accompagnée d'un dérèglement neurovégétatif constant et plus ou moins marqué. La colite amibienne séquellaire crée une « épine irritative » permanente, retentissant sur l'ensemble de l'organisme et créant au maximum le tableau clinique de l'entéronévrose. Cette irritation du système nerveux végétatif est susceptible de retentir en particulier au niveau gastro-duodéal pour y faire apparaître, non seulement des troubles fonctionnels, mais de véritables lésions organiques et ceci par deux mécanismes :

- voie endocrinienne par les relais des corticosurrénales (Selye) ;
- voie corticale (Pavlov).

5. Enfin, les théories actuelles tendent à faire jouer un rôle de plus en plus important aux phénomènes allergiques (Martin et coll.) (33) ; des allergènes ou des toxines libérés au niveau des lésions coliques provoquées par l'amibe, sont fort capables de déclencher à distance, sur la muqueuse gastrique en particulier, des réactions vasomotrices, d'abord fugaces, mais dont la répétition va aboutir à des lésions irréversibles. Ainsi pourraient se créer des lésions organiques graves.

En conclusion : si à la lumière des travaux que nous venons de passer en revue, la réalité des relations qui lient amibiase et manifestations gastro-duodénales est étayée par de nombreux arguments et ne peut être mise en doute, il en est tout autrement lorsque l'on aborde la nature de ces liens. Les possibilités pathogéniques sont multiples, mal connues et s'intriquent certainement entre elles.

Nous nous contentons dans ce travail d'apporter la preuve anatomique irréfutable de l'existence d'altérations gastro-duodénales chez des colopathes chroniques aux antécédents amibiens ; mais nous ne formulerons aucune hypothèse étiopathogénique pour tenter de les expliquer. En effet, notre travail sera essentiellement objectif, basé sur nos constatations cliniques et sur celles des résultats de nos examens complémentaires pratiqués, sans entrer dans le domaine de spéculations purement intellectuelles tentant d'expliquer les mécanismes unissant les altérations coliques aux lésions gastro-duodénales.

Aucun des mécanismes jusqu'ici évoqués ne nous paraît avoir reçu de démonstrations suffisantes pour que nous puissions l'admettre sans réserve.

LES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

SOU... Roland, homme de 34 ans (74 kg pour 1,81 m).

Hospitalisé en janvier 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1954 et traitée par une cure d'émétine.

Signes coliques :

Depuis 1954, douleurs coliques diffuses avec alternance de diarrhée et constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : constipation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1965, épigastralgies en barre à type de pesanteur, sans horaire, ni périodicité, non calmées par les repas ou les alcalins.

- Transit gastro-duodéal : bulboduodénite.
- Gastroskopie : muqueuse d'aspect normal.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 320 ml ; 27,3 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique - Neurodystonie.

CONCLUSION :

Chez un colopathe chronique, apparition, 11 ans après l'infestation amibienne, d'une symptomatologie gastro-duodénale de type gastritique ; les lésions de gastrite sont confirmées par radiologie et histologie, au tubage hypersécrétion et hyperchlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 2

GUI... André, homme de 32 ans (65 kg pour 1,68 m).

Hospitalisé en octobre 1965.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1954 et traitée par une cure d'émétine.

Signes coliques :

Aucun signe fonctionnel ou physique.

- Lavement baryté : sans anomalie.
- Rectoscopie : aspect normal de la muqueuse.
- Examens parasitologiques des selles : présence de kystes de lamblias.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis avril 1965, syndrome douloureux épigastrique post-prandial semi-tardif.

- Transit gastro-duodéal : épaissement des plis.
- Gastrosopie : hypersécrétion muqueuse et hypertrophie des plis.
- Gastrobiopsie : gastrite aiguë épithéliale et interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 174 ml ; 2,7 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux et neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Chez un malade aux antécédents amibiens, présentant une lambliaose intestinale cliniquement muette, mise en évidence 11 ans après infestation amibienne d'une gastrite hypertrophique confirmée par endoscopie et biopsie, avec hyperchlorhydrie de débit au tubage.

OBSERVATION N° 3

MEK... Djilali, homme de 47 ans, Nord-Africain (77 kg pour 1,74 m).

Hospitalisé en février 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1958 ; trois rechutes aiguës en 1949-1950-1952, toutes traitées par éméline.

Signes coliques :

Tendance à la constipation avec rares débâcles diarrhéiques.

- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : colite chronique.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1958, douleurs de l'hypocondre droit à type de pesanteur post-prandiales tardives, périodiques, calmées par les repas.

- Transit gastro-duodéal : bulbite.
- Tubage à l'histamine : interrompu car liquide hémorragique.

Signes associés :

Pas de signes généraux et neurovégétatifs. Test hépatique et cholécystographie sont sans anomalies.

CONCLUSION :

Colopathe chronique au lourd passé amibien chez lequel apparaît, 10 ans après la première infestation amibienne, une symptomatologie pseudoulcéreuse en rapport avec une buldoduodénite.

OBSERVATION N° 4

ZAG... Fernando, homme de 41 ans (54 kg pour 1,60 m).

Hospitalisé en février 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1952 ; 4 rechutes de 1952 à 1955. A reçu au total 5 cures d'émétine.

Signes coliques :

Depuis 1952, constipation alternant avec des épisodes diarrhéiques consistant en l'émission quotidienne de quatre selles liquides et sanglantes.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite congestive.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; colite chronique ; accélération du transit.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1956, épigastralgies à type de crampes, post-prandiales précoces et périodiques.

- Transit gastro-duodéal : bulbite.
- Gastrosco­pie : gastrite chronique de type mamelonné.
- Gastrobiopsie : muqueuse d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 283 ml ; 11,5 Meq.

Signes associés :

Etat général médiocre - Neurodystonie.

CONCLUSION :

Colopathe chronique chez lequel apparaît, 1 ans après le dernier épisode aigu d'une amibiase intestinale à rechute, une symptomatologie gastro-duodénale de type gastritique ; au tubage hypersécrétion et tendance à l'hypochlorhydrie de débit ; les lésions de gastrite sont confirmées par radiologie et endoscopie.

OBSERVATION N° 5

OUV... Yvon, homme de 38 ans (69 kg pour 1,73 m).

Hospitalisé en mars 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale dont le début clinique se situe en 1957, lors d'un séjour en A.F.N. et dont la confirmation parasitologique sera faite en janvier 1966. N'a jamais été traité.

Signes coliques :

Depuis 1957, douleurs coliques à type de torsion avec émission quotidienne de deux selles pâteuses mucosanglantes.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes hématophages d'*Entamoeba histolytica*.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; diarrhée de fermentation ; colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1964, brûlures épigastriques nocturnes, durant 1 à 2 heures, calmées par l'ingestion d'aliments et évoluant par périodes de 15 jours avec intervalles libres de 1 mois.

- Transit gastro-duodéal : bulbite.
- Gastrosco­pie : muqueuse d'aspect normal.

- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 76 ml ; 2,06 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux et neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Symptomatologie gastro-duodénale persistant depuis 2 ans, en rapport avec une gastrite confirmée par radiologie, tubage et biopsie chez un malade porteur d'amibes hématophages et présentant depuis 1957 des troubles coliques.

OBSERVATION N° 6

BAC... Robert, homme de 42 ans (62 kg pour 1,66 m).

Hospitalisé en mars 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Afrique Equatoriale en 1956.

Signes coliques :

Depuis 1962, douleurs coliques avec épisodes de diarrhée mucoglaireuse.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : présence de *Lamblia*.
- Coprologie fonctionnelle : colite chronique ; accélération du transit.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1965, brûlures épigastriques quotidiennes, post-prandiales précoces, persistant environ une demi-heure.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroskopie : piqueté hémorragique au niveau du fundus.
- Gastrobiopsie : muqueuse d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 154 ml ; 10,8 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique modérée.

CONCLUSION :

Colopathie chronique et lambliaze intestinale chez un malade présentant, 10 ans après infestation amibienne, une tendance hémorragique de sa muqueuse gastrique.

OBSERVATION N° 7

BOU... René, homme de 45 ans (84 kg pour 1,73 m).

Hospitalisé en mars 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1952. Rechute aiguë parasitologiquement confirmée en 1965. A reçu 2 cures d'émétine.

Signes coliques :

Depuis 1952, ballonnements abdominaux et émission quotidienne de deux selles pâteuses ou liquides.

- A l'examen : colite gauche.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis mai 1965, brûlures épigastriques post-prandiales semi-tardives, résolutes en 1 heure, évoluant par périodes irrégulières.

- Transit gastro-duodéal : gastrite.
- Gastroskopie : épaissement des plis ; hypersécrétion ; hémorragie en nappe.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle subaiguë.
- Tubage à l'histamine : 233 ml ; 7,92 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique - Psychasthénie avec irritabilité, troubles de la mémoire et difficultés d'attention.

CONCLUSION :

Colopathe chronique chez lequel apparaît, 13 ans après une première infestation amibienne, une symptomatologie gastro-duodénale ; au tubage, hypersécrétion et hypochlorhydrie de débit ; la radiologie, la gastroskopie et l'histologie confirment les lésions de gastrite.

OBSERVATION N° 8

DAR... Philippe, homme de 22 ans (67,500 kg pour 1,76 m).

Hospitalisé en avril 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale d'origine autochtone dont le début clinique se situe en février 1966.

Confirmation parasitologique durant l'hospitalisation et déparasitage par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis février 1966, épisodes diarrhéiques fréquents, avec émission, sans douleurs, de 4 à 5 selles liquides par jour, ne contenant ni glaires, ni sang.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes kystiques d'*Entamæba Histolytica*.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; putréfaction ; présence d'un staphylocoque pathogène.

Signes gastro-duodénaux :

En février 1966, épisode de 3 semaines, spontanément résolutif de brûlures et decrampes épigastriques post-prandiales très tardives, inconstamment calmées par le repas suivant.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroskopie : gastrite atrophique avec fragilité vasculaire.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 171 ml ; 14,7 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique.

CONCLUSION :

Amibiase infestation d'origine autochtone évoluant depuis 4 mois et dont les manifestations coliques s'accompagnent d'une symptomatologie gastro-duodénale avec lésions de gastrite confirmées par endoscopie et histologie.

OBSERVATION N° 9

SAL... Vincent, homme de 43 ans (81,500 kg pour 1,70 m).

Hospitalisé en avril 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1953 ; jamais traitée malgré confirmation parasitologique.

Signes coliques :

Depuis 1953, constipation opiniâtre.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : anite hémorroïdaire.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes kystiques d'*Entamæba Histolytica*.
- Coprologie fonctionnelle : constipation ; présence d'une staphylocoque pathogène.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1953, épigastalgies à type de brûlures, calmées par les alcalins, aggravées par les acides, non rythmées par les repas et évoluant par période de 15 jours tous les 2 mois.

- Transit gastro-duodéal : retard d'évacuation gastrique sans lésion organique.
- GastroscoPie : muqueuse d'aspect normal.
- Gastrobiopsie : gastrite interst'ielle chronique.
- Tubage à l'histamine : 234 ml ; 27,3 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Chez un colitique présentant depuis 13 ans une amibiase, évolue parallèlement aux troubles du transit intestinal une symptomatologie douloureuse gastro-duodénale ; la gastrobiopsie met en évidence des lésions de gastrite ; au tubage tendance à l'hypersécrétion et hyperchlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 10

RUY... Guy, homme de 39 ans (62,200 kg pour 1,70 m).

Hospitalisé en avril 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1954, traitée par une cure d'émétine ; 2 rechutes aiguës en 1963 et 1965.

Signes coliques :

Depuis 1965, algies abdominales diffuses avec alternances de diarrhée et de constipation.

- Pas de signes physiques.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1965, brûlures épigastriques post-prandiales tardives avec pyrosis, calmées par l'alimentation, survenant par périodes de 3 à 4 jours.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrosco­pie : gastrite atrophique diffuse.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 238 ml ; 18,5 Meq.

Signes associés :

Pas de retentissement neurovégétatif ou général.

CONCLUSION :

11 ans après primo-infection amibienne, apparition chez un même malade de signes fonctionnels de colopathie et d'une symptomatologie douloureuse épigastrique ; la gastroscopie et la gastrobiopsie mettent en évidence des lésions de gastrite.

OBSERVATION N° 11

COR... Christine, femme de 43 ans (53 kg pour 1,56 m).

Hospitalisée en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1957 et traitée par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1957, douleurs coliques diffuses intermittentes, ballonnements, discrets troubles du transit à type d'alternances de diarrhée et de constipation (3 cures thermales à Châtel-Guyon et 2 cures à Plombières).

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : colite ; constipation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis février 1965, épigastralgies post-prandiales précoces ou tardives évoluant sans périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrosco­pie : gastrite atrophique diffuse avec suffusions hémorragiques.
- Gastrobiopsie : gastrite atrophique.
- Tubage à l'histamine : 212 ml ; 1,1 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique, fatigabilité, nervosisme.

CONCLUSION :

Chez une malade présentant depuis 10 ans une colopathie fonctionnelle, séquelle d'une amibase intestinale, une symptomatologie douloureuse gastrique évoluée depuis 1 an. Des lésions de gastrite sont confirmées par endoscopie et biopsie ; au tubage hypersécrétion et hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 12

CAI... Gaston, homme de 34 ans (87 kg pour 1,71 m).

Hospitalisé en mai 1966.

Passé amibien :

Aucun signe fonctionnel :

- A l'examen : colite droite.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : diarrhée de fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1962, brûlures épigastriques matinales accompagnées de vomissements fréquents et parfois bilieux.

- Transit gastro-duodéal : antro-bulbo-duodénite.
- Gastroskopie : gastrite catarrhale sur une muqueuse d'aspect atrophique.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 274 ml ; 5,1 Meq.

Signes associés :

Pas de retentissement neurovégétatif ou général.

CONCLUSION :

Ancien amibien, colopathe chronique chez lequel persiste depuis 4 ans une symptomatologie gastro-duodénale ; radiologie, gastroskopie et gastrobiopsie confirment des lésions de type gastro-duodénite ; le tubage montre une hypersécrétion et une hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 13

PIE... Jean, homme de 42 ans (59 kg pour 1,68 m).

Hospitalisé en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Afrique Equatoriale ; début clinique en 1954, confirmation parasitologique en 1959 ; traitée par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1954, ballonnements abdominaux.

- A l'examen : colite gauche.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : diarrhée motrice.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1954, avant les repas, faim douloureuse calmée par l'ingestion alimentaire et brûlures épigastriques post-prandiales semi-tardives.

- Transit gastro-duodéal : bulbite.
- Gastroskopie : muqueuse d'aspect normal.
- Gastrobiopsie : quelques cellules en métaplasie intestinale.
- Tubage à l'histamine : 236 ml ; 25 Meq.

Signes associés :

Dystonie neurovégétative très importante avec cyclothymie et surtout tendance dépressive. Etat général médiocre.

CONCLUSION :

Depuis 12 ans, évoluent simultanément chez un même malade des signes de colite (secondairement rapportés à une infestation amibienne) et une symptomatologie douloureuse gastrique ; la rectoscopie montre un aspect de rectite et au tubage gastrique apparaît une hypersécrétion et une hyperchlorhydrie.

OBSERVATION N° 14

BAU... Alphonse, homme de 28 ans (69 kg pour 1,70 m).

Hospitalisé en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Afrique du Nord en 1960 et traitée par une cure d'émétine.

Signes coliques :

Depuis 1960, constipation et ballonnements abdominaux.

- A l'examen : colite droite.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : colite ; constipation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis février 1966, brûlures épigastriques post-prandiales précoces persistant environ 15 minutes.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroskopie : aspect de gastrite catarrhale.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 395 ml ; 22,7 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique.

CONCLUSION :

Chez un ancien amibien présentant une colopathie fonctionnelle, apparaît 6 ans après l'infestation amibienne, une symptomatologie épigastrique de type gastritique. Au tubage gastrique apparaît une hypersécrétion et une hyperchlorhydrie de débit, tandis que gastroscopie et biopsie confirment les lésions de gastrite.

OBSERVATION N° 15

FRO... Roger, homme de 47 ans (90 kg pour 1,76 m).

Hospitalisé en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1951 et traitée par une cure d'émétine. Formes kystiques d'*Entamoeba histolytica* retrouvées dans les selles en 1953 et 1955 ; dépistage par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Emission matinale d'une selle pâteuse ; pesanteurs et ballonnements abdominaux.

- A l'examen : simple météorisme.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de colite chronique.

- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1953, troubles dyspeptiques de type hyposthénique et brûlures épigastriques fugaces déclenchées par l'ingestion d'aliments acides.

- Transit gastro-duodéal : épaissement des plis de la région antrale.
- Gastrosco-
pie : hypertrophie des plis.
- Gastrobiopsie : muqueuse normale.
- Tubage à l'histamine : 399 ml ; 21,3 Meq.

Signes associés :

Pas de retentissement général ou neurovégétatif.

CONCLUSION :

2 ans après primo-infestation amibienne, apparition d'un syndrome épigastrique mixte (dyspepsie hyposthénique greffée de brûlures gastriques) avec gros plis radiologiques et endoscopiques, hypersécrétion et tendance à l'hyperchlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 16

MAL... Marie-Claude, femme de 32 ans (50 kg pour 1,60 m).

Hospitalisée en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée au Maroc en 1964 et traitée par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 2 ans, épisodes diarrhéiques aigus fréquents.

- Pas de signes d'examen.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : constipation.

Signes gastro-duodénaux :

Apparition récente de brûlures épigastriques intenses, sans rythme, ni périodicité, parfois accompagnées de vomissements.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastros-
copie : suffusion téléangiectasique au niveau de l'an-
tre.

- Gastrobiopsie : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 133 ml ; 11,8 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique et psychique très importante ; fatigabilité ; insomnies ; tendance dépressive.

CONCLUSION :

2 ans après infestation amibienne, apparition chez un colopathe, de signes fonctionnels de type gastritique ; fragilité vasculaire à la gastroscopie ; tendance à l'hyposécrétion et à l'hypochlorhydrie de débit au tubage.

OBSERVATION N° 17

COU... Jean-Pierre, homme de 27 ans (57 kg pour 1,75 m).

Hospitalisé en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1958. Traité par 1 cure d'émétine et par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1960, alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : hypersécrétion muqueuse.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : constipation ; colite.

Signes gastro-duodénaux :

Présente depuis 1961 une dyspepsie hyposthénique sur laquelle se greffent depuis 1 mois des brûlures épigastriques sans rythme, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : épaissement des plis gastriques.
- Gastrobiopsie : muqueuse d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 385 ml ; 17,4 Meq.

Signes associés :

Mauvais état général avec insuffisance pondérale. Anxiété et tendance dépressive.

CONCLUSION :

Chez un colopathe chronique apparaît, 3 ans après infestation amibienne, un syndrome

épigastrique mixte (dyspepsie hyposthénique secondairement greffée de brûlures gastriques) avec gros plis radiologiques et hypersécrétion au tubage.

OBSERVATION N° 18

PER... Michel, homme de 34 ans (70 kg pour 1,81 m).

Hospitalisé en mai 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Algérien en 1957 et traitée par émétine et amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1963, douleurs de la fosse iliaque gauche et alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : colite gauche.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : constipation ; colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1963, état nauséux permanent avec sensation de striction gastrique.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroskopie : gastrite atrophique avec lésions aphtoides.
- Gastrobiopsie : muqueuse normale.
- Tubage à l'histamine : 220 ml ; 16,7 Meq.

Signes associés :

Dystonie neurovégétative avec anxiété et nosophobie.

CONCLUSION :

9 ans après infestation amibienne chez un colopathe dystonique, on met en évidence par gastroscopie à l'occasion d'une symptomatologie gastro-duodénale, atypique, persistant depuis 3 ans, des lésions de gastrite s'accompagnant au tubage d'une hypersécrétion.

OBSERVATION N° 19

BRU... Alexandre, homme de 31 ans (52 kg pour 1,64 m).

Hospitalisé en juin 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1948. Traitée par 2 cures d'émétine et par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1948, alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : sensibilité diffuse du cadre colique.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1962, douleurs en barre, para-ombilicales gauches, survenant au cours des repas, durant 15 minutes et disparaissant au décubitus et à la flexion en avant.

- Transit gastro-duodéal : épaissement des plis de la région antrale.
- Gastroscoie : aspect de la gastrite atrophique diffuse.
- Gastrobiopsie : intense gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 112 ml, débit chlorhydrique nul.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Chez un malade présentant une colopathie méta-amibienne apparaît, 18 ans après l'infestation parasitaire, une symptomatologie douloureuse gastrique atypique ; radiologie, endoscopie et histologie concordent au diagnostic de gastrite ; au tubage, hyposécrétion et absence de sécrétion d'HCl libre.

OBSERVATION N° 20

BEN... Antoine, homme de 43 ans (68 kg pour 1,73 m).

Hospitalisé en juin 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée au Maroc en 1962, traitée par une cure d'émétine. Par la suite a reçu des amœbicides de contact et fait 2 cures thermales à Châtel-Guyon.

Signes coliques :

Depuis 1962, douleurs coliques soulagées par des débâcles diarrhéiques, alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : cadre colique uniformément douloureux.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; constipation ; colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1962, lourdeurs épigastriques post-prandiales avec ballonnements et somnolence.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroskopie : muqueuse d'aspect normal.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tumabe à l'histamine : 145 ml ; 11,3 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique ; dysneurotonie très marquée ; insomnie.

CONCLUSION :

4 ans après une infestation amibienne coexistent, chez un même malade, une colopathie chronique et des troubles dyspeptiques de type hyposthénique ; la gastrobiopsie met en évidence une gastrite interstitielle.

OBSERVATION N° 21

FRA... Stanislas, homme de 45 ans (80 kg pour 1,77 m).

Hospitalisé en juillet 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1948 ; nombreuses rechutes aiguës au cours de 22 ans de séjour outre-mer ; a reçu au total environ 8 cures d'émétine, la dernière se situant en 1958.

Signes coliques :

Depuis 1958, douleurs diffuses du cadre colique avec alternances de diarrhée et constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1964, dyspepsie hyposthénique et brûlures épigastriques post-prandiales semi-tardives, calmées par l'ingestion d'aliments et évoluant par périodes d'une semaine séparées d'intervalles libres de 3 semaines.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : intense gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 365 ml ; 9,6 Meq.

Signes associés :

Pas de signes d'ordre neurovégétatifs ou généraux.

CONCLUSION :

Chez un malade au très lourd passé amibien et présentant une colopathie fonctionnelle, persiste depuis 2 ans un syndrome épigastrique mixte (dyspepsie hyposthénique avec brûlures gastriques apparu 16 ans après la primo-infestation amibienne) ; des lésions de gastrite sont mises en évidence par gastrobiopsie et s'accompagnent au tubage d'une hypochlorhydrie et d'une hypersécrétion.

OBSERVATION N° 22

BER... Yves, homme de 29 ans ; originaire des Antilles.

Hospitalisé en août 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée à la Martinique. Début clinique en avril 1966 ; mise en évidence 2 mois plus tard des formes Minuta d'*Entamæba Histolytica* dans les selles. Traité par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis avril 1966, coliques abdominales et émission quotidienne de 2 à 3 selles pâteuses. Deux épisodes diarrhéiques aigus en avril et juin 1966.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : présence d'œufs d'ankylostomes.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; accélération du transit ; fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1 mois, épigastralgies à type de crampes, non rythmées par les repas, mais périodiques.

- Transit gastro-duodéal : bulboduodénite.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 358 ml ; 11,2 Meq.

Signes associés :

Aucun signe d'ordre général ou neurovégétatif.

CONCLUSION :

3 mois après déparasitage d'une amibiase intestinale, mise en évidence chez un colitique porteur d'œufs d'ankylostomes, de lésions de gastrite confirmées par radiologie et histologie.

OBSERVATION N° 23

PIE... Jules, homme de 32 ans, originaire de la Guadeloupe (71 kg pour 1,74 m).

Hospitalisé en août 1966.

Passé amibien :

Découverte en 1956, à l'occasion de troubles du transit, de formes kystiques d'*Entamæba Histolytica* dans les selles. Déparasitage par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1956, douleurs coliques diffuses et constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : aspect de constipation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1963, brûlures épigastriques peu intenses mais permanentes, exacerbées à jeun et calmées incomplètement par les repas.

- Transit gastro-duodéal : gastroduodénite.
- Gastrobiopsie : gastrite catarrhale.
- Tubage à l'histamine : 123 ml ; 3,05 Meq.

Signes associés :

Pas de signe d'ordre général ou neurovégétatif.

CONCLUSION :

Chez un Guadeloupéen présentant une colopathie méta-amibienne, apparition 7 ans après l'infestation parasitaire d'une symptomatologie de type gastritique ; radiologie et biopsie confirment les lésions de gastrite, au tubage hyposécrétion et hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 24

VAL... Pierre, homme de 40 ans (56 kg pour 1,58 m).

Hospitalisé en septembre 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1947. Très nombreuses rechutes aiguës au cours d'un séjour de 19 ans en Extrême-Orient et en Afrique du Nord. Hépatite amibienne en 1950. A reçu environ 10 cures d'émétine et de multiples amœbicides de contact.

Signes coliques :

Diarrhée permanente avec épisodes aigus pouvant aller jusqu'à l'émission quotidienne de 30 selles mucoglaireuses.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique importante avec diverticulose sigmoïdienne.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; fermentation ; présence d'un staphylocoque pathogène.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1965, brûlures épigastriques post-prandiales précoces avec pesanteurs et ballonnements.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle ; quelques cellules en métaplasie intestinale.
- Tubage à l'histamine : 76 ml ; 3,2 Meq.

Signes associés :

Retentissement neurovégétatif très important avec psychasthénie et syndrome dépressif (une tentative d'autolyse).

CONCLUSION :

Chez un malade au très lourd passé amibien et présentant une colopathie chronique et une entéronévrose apparaît, 19 ans après la primo-infestation amibienne, une symptomatologie gastritique ; au tubage gastrique, hyposécrétion et hypochlorhydrie de débit, la biopsie confirmant les lésions de gastrite.

OBSERVATION N° 25

COI... Marie, femme de 52 ans (81 kg pour 1,75 m).

Hospitalisée en septembre 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale à rechutes, contractée en Indochine en 1953, traitée par de multiples cures d'amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1954, constipation chronique et douleurs diffuses du cadre colique.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : aspect de colite avec constipation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1964, syndrome dyspeptique hyposthénique post-prandial.

- Transit gastro-duodéal : gastrobulbite.
- Tubage à l'histamine : 161 ml ; 15,6 Meq.

Signes associés :

Dystonie neurovégétative.

CONCLUSION :

Coexistence d'une colopathie spasmodique chronique et d'un syndrome dyspeptique hyposthénique chez un malade aux antécédents amibiens. Les troubles fonctionnels gastro-duodénaux sont apparus après 10 ans d'évolution de la colopathie.

OBSERVATION N° 26

BER... Raymond, homme de 43 ans (73 kg pour 1,77 m).

Hospitalisé en septembre 1966.

Passé amibien :

Troubles du transit depuis un séjour en Indochine en 1949 ; en 1965, confirmation parasitologique d'une amibiase intestinale traitée par sulfate de paromomycine et dérivés oxyquinoléiques.

Signes coliques :

Depuis 1949, douleurs diffuses du cadre colique et alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.

- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : diarrhée motrice ; insuffisance gastrique.

Signes gastro-duodénaux.

Depuis 1960, brûlures épigastriques post-prandiales précoces et digestions lentes avec ballonnements, éructations, flatulence.

- Transit gastro-duodéal : retard à l'évacuation gastrique.
- Gastrobiopsie : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 274 ml ; 20,5 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique et dystonie neurovégétative.

CONCLUSION :

Colopathie chronique méta-amibienne coexistant chez un même malade avec une dyspepsie hyposthénique accompagnée de brûlures gastriques persistant depuis 6 ans ; on met en évidence au tubage gastrique une hypersécrétion.

OBSERVATION N° 27

LAI... Marcel, homme de 39 ans (55 kg pour 1,69 m).

Hospitalisé en octobre 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1947, traitée par amœbicides de contact.

Signes coliques :

3 à 4 selles quotidiennes, non moulées, plus ou moins glaireuses.

- A l'examen : sensibilité colique diffuse.
- Lavement tbaryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : fermentation ; colite.

Signes gastro-duodénaux.

Depuis 1949, brûlures et pesanteurs épigastriques, accompagnées de nausées et parfois de vomissements, sans rythme, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 280 ml ; 11 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique et dystonie neurovégétative avec sueurs, palpitations et sensations lipothymiques.

CONCLUSION :

Colopathe fonctionnel chez lequel apparaît, 2 ans après infestation amibienne, et persiste depuis 17 ans une symptomatologie de type gastritique, la gastrobiopsie montre des lésions de gastrite avec, au tubage, hypersécrétion et tendance à l'hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 28

BAR... Claude, homme de 37 ans (81 kg pour 1,76 m).

Hospitalisé en octobre 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale en Indochine (1951) et amibiase hépatique en Algérie (1960) ; a reçu 4 cures d'émétine.

Signes coliques :

Discrètes algies de la fosse iliaque droite.

- A l'examen : pas de signes de colite.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1962, brûlures post-prandiales précoces, majorées par le décubitus et s'accompagnant de pyrosis.

- Transit gastro-duodéal : *hernie hiatale*.
- Gastroskopie : aspect de gastrite atrophique.
- Gastrobiopsie : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 140 ml ; 8,9 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs. Tests biologiques hépatiques sans anomalies ; cholecystographie : vésicule hypotonique.

CONCLUSION :

Maladie au lourd passé amibien (intestinal et hépatique), présentant une discrète colopathie séquellaire, qui présente depuis 4 ans un syndrome gastritique atypique ; si, radiologiquement, apparaît une hernie hiatale, l'endoscopie révèle une gastrite atrophique ; au tubage hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 29

POU... Luc, homme de 35 ans (61 kg pour 1,68 m).

Hospitalisé en novembre 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1953. Rechute aiguë en 1955. A reçu en tout 3 cures d'émétine.

Signes coliques :

Pas de symptomatologie fonctionnelle.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1963, pesanteurs et ballonnements post-prandiaux précoces, évoluant par poussées de plusieurs semaines, séparées par des périodes de sédation complète.

- Transit gastro-duodéal : bulbite.
- GastroscoPie : muqueuse d'aspect normal.
- Gastrobiopsie : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 98 ml ; 9,7 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Colophathe chronique chez lequel apparaissent, 10 ans après une primo-infestation amibienne, des troubles dyspeptiques ; la radiologie met en évidence une duodénite, au tubage hyposécrétion et hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 30

EVE... Marcel, homme de 26 ans (75 kg pour 1,80 m).

Hospitalisé en novembre 1966.

Passé amibien :

En 1965, à l'occasion de troubles du transit intestinal persistant depuis 4 ans et apparus à la suite d'un séjour en Algérie, on découvre dans les selles des formes Minuta d'Entamæba Histolytica ; déparasitage par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1961, alternances de selles liquides et de selles normalement moulées.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de colite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : présence de kystes de *Lamblia*.
- Coprologie fonctionnelle : colite et diarrhée motrice.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis janvier 1966, pesanteurs épigastriques post-prandiales précoces et vomissements matinaux.

- Transit gastro-duodéal : accentuation nette des plis gastriques.
- Gastrobiopsie : intense gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 87 ml ; 3,8 Meq.

Signes associés :

Anxiété ; amaigrissement de 5 kg depuis 6 mois.

CONCLUSION :

Chez un ancien amibien apparaissent, après 5 ans d'évolution d'une colite, des troubles dyspeptiques ; on met en évidence une lambliaose intestinale ; sur le plan gastrique, les lésions de gastrite suspectées par la radiologie sont affirmées à la biopsie ; le tubage montre une hypochlorhydrie de débit et une hyposécrétion.

OBSERVATION N° 31

PIE... Jean, homme de 33 ans (63 kg pour 1,66 m).

Hospitalisé en janvier 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1954 et traitée par 1 cure d'émétine.

Signes coliques :

Depuis 1954, ballonnements abdominaux avec alternances de diarrhée et constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : insuffisance gastrique ; fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis décembre 1966, brûlures épigastriques permanentes.

- Transit gastro-duodéal : gastroduodénite.
- Gastrosco­pie : aspect de gastrite atrophique diffuse.
- Gastrobiopsie : atrophie muqueuse.
- Tubage à l'histamine : 136 ml ; 16,6 Meq.

Signes associés :

Asthénie et anorexie ; important retentissement neurovégétatif.

CONCLUSION :

12 ans après infestation amibienne apparaît, chez un colopathe chronique, un syndrome fonctionnel de type gastritique ; on met en évidence par endoscopie et gastrobiopsie une gastrite atrophique ; le tubage montre une hyposécrétion.

OBSERVATION N° 32

REN... Edouard, homme de 37 ans (78 kg pour 1,74 m).

Hospitalisé en janvier 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indocine en 1951 ; a reçu 2 cures d'émétine.

Signes coliques :

Algies coliques diffuses avec émission quotidienne de 2 à 3 selles non moulées.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : colite ; fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Algies épigastriques violentes ayant débuté brutalement les premiers jours de 1967.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrosco­pie : gastrite atrophique diffuse ; fragilité capillaire.
- Gastrobiopsie : muqueuse d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 466 ml ; 47,6 Meq.

Signes associés :

Dystonie importante avec nervosisme, palpitations, tendance lipothymique.

CONCLUSION :

13 ans après infestation amibienne, apparition brutale chez un colopathe chronique d'un syndrome douloureux aigu épigastrique ; la gastroscopie met en évidence une gastrite atrophique ; le tubage montre une hypersécrétion et une hyperchlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 33

BEC... Achille, homme de 54 ans (91 kg pour 1,73 m).

Hospitalisé en janvier 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1939 ; nombreuses rechutes aiguës ; a reçu 7 à 8 cures d'émétine, la dernière remontant à 1951.

Signes coliques :

Depuis 1951, émission quotidienne de 3 à 4 selles pâteuses.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis quelques mois, épigastralgies sans caractères précis, sans horaire, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroscopie : aspect de gastrite catarrhale.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 194 ml ; 6,30 Meq.

Signes associés :

Asthénie physique ; insomnies.

CONCLUSION :

Apparition récente chez un malade au lourd passé amibien, porteur d'une colite séquellaire, d'un syndrome douloureux épigastrique avec lésions de gastrite, confirmées par endoscopie et biopsie et s'accompagnant d'une hypochlorhydrie au tubage.

OBSERVATION N° 34

POR... Roger, homme de 34 ans (78 kg pour 1,66 m).

Hospitalisé en février 1967.

Passé amibien :

Durant l'hospitalisation, confirmations parasitologique d'une infestation amibienne avec troubles coliques persistant depuis 1964, date de début d'un séjour de 3 ans au Sénégal.

Signes coliques :

Depuis 3 ans, épisodes diarrhéiques de quelques jours par mois, consistant en l'émission quotidienne de 10 à 15 selles liquides, non sanglantes, accompagnées de coliques abdominales.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes Minuta d'*Entamæba Histolytica*.
- Coprologie fonctionnelle : sans anomalies.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis novembre 1966, brûlures épigastriques post-prandiales précoces, accompagnées de pyrosis, évoluant par périodes de 8 jours.

- Transit gastro-duodéal : gastroduodénite.
- GastroscoPie : épaississement des plis.
- Tubage à l'histamine : 243 ml ; 6 Meq.

Signes associés :

Pas de retentissement neurovégétatif ou général.

CONCLUSION :

Chez un amibien, la symptomatologie colique se greffe, depuis 2 ans, d'un syndrome douloureux épigastrique, de type gastritique ; la gastroscopie objective les lésions de gastrite retrouvées à l'examen radiologique et qui s'accompagnent au tubage d'une hypochlorhydrie de débit avec hypersécrétion.

OBSERVATION N° 35

REN... François, homme de 40 ans (68 kg pour 1,74 m).

Hospitalisé en mars 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale en 1947 (Indochine) ; 2 rechutes confirmées parasitologiquement en

1951 et 1953 (Afrique du Nord) ; a reçu 1 cure d'émétine et des amœbicides de contact.

Signes coliques :

Depuis 1947, alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1965, épigastalgies post-prandiales précoces avec pyrosis.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : muqueuse normale.
- Tubage à l'histamine : 160 ml ; 12,4 Meq.

Signes associés :

Anxiété ; hyperémotivité ; insomnies.

CONCLUSION :

Colopathe chronique au lourd passé amibien chez lequel apparaît, 20 ans après la première infestation parasitaire, une symptomatologie gastro-duodénale à type de gastrite.

OBSERVATION N° 36

DAB... Maurice, homme de 26 ans (60 kg pour 1,73 m).

Hospitalisé en janvier 1966.

Passé amibien :

Troubles coliques depuis 1961 (séjour en A.F.N.) ; conformation parasitologique d'une amibiase intestinale durant l'hospitalisation.

Signes coliques :

Depuis 1961, 4 à 6 selles par jour, liquides, noirâtres, contenant des aliments non digérés.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : présence de kystes d'*Entamæba Histolytica*.
- Coprologie fonctionnelle : sans anomalies.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1 an, brûlures épigastriques post-prandiales sans horaire, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 79 ml ; absence d'Hcl libre.

Signes associés :

Asthénie importante ; perte de poids de 6 kg en 6 mois.

CONCLUSION :

Coexistence, chez un malade en mauvais état général, d'une colite amibienne habitée et d'une symptomatologie gastro-duodénale de type gastritique ; le tubage gastrique montre une hyposécrétion et une absence d'Hcl libre.

OBSERVATION N° 37

DUV... Pierre, homme de 40 ans (70 kg pour 1,70 m).

Hospitalisé en février 1966.

Passé amibien :

Durant l'hospitalisation, confirmation parasitologique d'une amibiase intestinale avec troubles coliques depuis 5 ans. Aucun séjour outre-mer.

Signes coliques :

Depuis 1961, émission quotidienne de 3 selles liquides non sanglantes.

- A l'examen : colite droite.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect congestif.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes Minuta d'Entamæba Histolytica.
- Coprologie fonctionnelle : colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1961, brûlures épigastriques sans horaire, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 114 ml ; 6,7 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Chez un malade porteur de formes Minuta d'Entamæba Histolytica, évolution parallèle depuis 5 ans d'une double symptomatologie colique et gastrique ; au tubage, tendance à l'hypo-sécrétion et hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 38

ARN... Bernard, homme de 20 ans (58 kg pour 1,60 m).

Hospitalisé en janvier 1965.

Passé amibien :

Troubles coliques récents chez ce malade n'ayant fait aucun séjour outre-mer.

Signes coliques :

Depuis 1 mois, quotidiennement, émission de 2 à 3 selles liquides.

- A l'examen : colite bipolaire.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : présence de kystes d'Entamæba Histolytica.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1 mois, après chaque repas, état nauséux et éructations.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 185 ml ; 4,4 Meq.

Signes associés :

Asthénie ; tendance lipothymique.

CONCLUSION :

Apparition simultanée, chez un même malade, d'une dyspepsie hyposthénique et de troubles du transit coexistant depuis 1 mois ; sur le plan intestinal, on met en évidence une infestation amibienne d'origine autochtone ; la symptomatologie gastrique est rapportée à une gastrite objectivée par biopsie et s'accompagnant d'une hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 39

BLA... André, homme de 42 ans (74 kg pour 1,70 m).

Hospitalisé en décembre 1965.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1959. Traitée par 1 cure d'émétine. A fait 3 cures thermales à Plombières.

Signes coliques :

Depuis 1960, alternances de diarrhée et de constipation, mais constipation prédominante.

- Pas de signes d'examen.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1963, brûlures épigastriques, sans horaire fixe, mais souvent nocturnes, persistant 2 à 3 heures, évoluant par périodes de 15 jours, avec intervalles libres de plusieurs mois. Somnolence post-prandiale.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 116 ml ; 11 Meq.

Signes associés :

Nervosisme ; anxiété.

CONCLUSION :

Ancien amibien ne présentant plus que des signes fonctionnels de colopathie et chez lequel apparaît, 4 ans après l'infestation parasitaire, une symptomatologie gastro-duodénale de type gastritique ; la biopsie confirme la gastrite ; au tubage, tendance à l'hyposécrétion et à l'hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 40

CHR... Bernard, homme de 39 ans (68 kg pour 1,70 m).

Hospitalisé en avril 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1951 et traitée par une cure d'émétine.

Signes coliques :

Depuis 1954, alternances de diarrhée et de constipation.

- Pas de signes d'examen.
- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes Minuta d'*Entamæba Histolytica* et de larves d'*anguillules*.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1954, épigastralgies post-prandiales précoces sans périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : muqueuse fundique d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 97 ml ; 5 Meq.

Signes associés :

Asthénie.

CONCLUSION :

Chez un malade traité en 1951 par émétine pour amibiase intestinale, apparition simultanément, 3 ans plus tard, de signes de colopathie et de gastrite ; dans les selles, présence d'amibes de type Minuta et de larves d'anguillules ; hyposécrétion et hypochlorhydrie de débit au tubage gastrique.

OBSERVATION N° 41

ROC... André, homme de 40 ans. Hospitalisé en février 1966.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1950 avec rechutes parasitologiquement confirmées en 1955 et 1954 ; a reçu 2 cures d'émétine.

Signes coliques :

Algies coliques diffuses. Episodes diarrhéiques avec tenesme et épreintes.

- A l'examen : colite droite.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : présence de kystes d'*Entamæba Histolytica*.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis février 1966, douleurs épigastriques en barre, sans rythme, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tuabge à l'histamine : 80 ml ; 1,64 Meq.

Signes associés :

Asthénie intense ; insomnies.

CONCLUSION :

Chez un colitique porteur de kystes d'*Entamæba Histolytica* apparaît, 16 ans après le premier épisode aigu d'une amibiase intestinale à rechutes, une symptomatologie gastro-duodénale de type gastritique ; hyposécrétion et hypochlorhydrie de débit au tubage ; la gastrobiopsie confirme les lésions de gastrite.

OBSERVATION N° 42

TUR... Auguste, homme de 43 ans (65 kg pour 1,60 m).

Hospitalisé en avril 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1950 et traitée par 1 cure d'émétine. Atteinte hépatique secondaire ayant évolué vers l'abcédation et ayant guéri par hépatotomie de drainage.

Signes coliques :

Depuis 1956, alternances de diarrhée et de constipation avec parfois diarrhée post-prandiale impérieuse.

- A l'examen : sensibilité colique diffuse maximum au niveau du sigmoïde.
- Lavement baryté : très importante colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : anite hémorroïdaire.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1956, lors des phases diarrhéiques de la colopathie, brûlures épigastriques post-prandiales tardives.

- Transit gastro-duodéal : estomac hypertonique.
- Gastroscopie : aspect de gastrite catarrhale.
- Gastrobiopsie : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 227 ml ; 8,5 Meq.

Signes associés :

Anxiété, insomnie et tachycardie. Les tests biologiques hépatiques et la cholécystographie sont sans anomalies.

CONCLUSION :

6 ans après traitement chirurgical d'un abcès amibien hépatique apparaît, chez un même malade, une double symptomatologie colique et gastrique ; on met en évidence une colopathie méta-amibienne ; la gastroscopie montre des lésions de gastrite et au tubage apparaît une hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 43

SIM... Jacques, homme de 30 ans (58 kg pour 1,69 m).

Hospitalisé en mai 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en 1959 en Algérie ; a reçu une cure d'émétine et de multiples cures d'amœbicides de contact.

Signes coliques :

Algies abdominales fréquentes ; selles rarement moulées, avec de nombreux épisodes diarrhéiques.

- A l'examen : météorisme abdominal.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse congestive.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : sans anomalies.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1966, dyspepsie hyposthénique avec somnolence et pesanteurs post-prandiales précoces ; quelques vomissements ; anorexie.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroscopie : fragilité vasculaire de la muqueuse.
- Gastrobiopsie : muqueuse d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 189 ml ; 11,8 Meq.

Etat général médiocre ; insomnie, anxiété, nervosisme.

CONCLUSION :

Chez un colopathe chronique apparition, 7 ans après infestation amibienne traitée par émétime, d'une symptomatologie gastro-duodénale de type hyposthénique avec tendance à l'hypochlorhydrie de débit au tubage et fragilité vasculaire de la muqueuse en endoscopie.

OBSERVATION N° 44

CRO... Alain, homme de 20 ans (67 kg pour 1,80 m).

Hospitalisé en avril 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Guyanne en novembre 1966 et traitée par 1 cure d'émétine. Rechute en mars 1967.

Signes coliques :

Constipation persistante.

- A l'examen : colite gauche.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse atrophique.
- Examens parasitologiques des selles : présence de *kystes de Lamblia*.
- Coprologie fonctionnelle : diarrhée de fermentation et colite.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis mars 1967, épigastralgies atypiques, sans rythme ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- GastroscoPie : aspect de gastrite atrophique.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle ; quelques cellules glandulaires en métaplasie intestinale.
- Tubage à l'histamine : 228 ml ; 21,4 Meq.

Signes associés :

Etat général altéré avec perte de poids de 12 kg en 6 mois.

CONCLUSION :

Chez un colitique porteur de kystes de *Lamblia* apparaît, 4 mois après une infestation amibiene, une symptomatologie épigastrique de type gastritique ; la gastroscopie et l'histologie confirment les lésions de gastrite.

OBSERVATION N° 45

MEU... Roger, homme de 38 ans (66 kg pour 1,72 m).

Hospitalisé en avril 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1953 et traitée par 1 cure d'émétine. Depuis, a fait 2 cures thermales à Châtel-Guyon.

Signes coliques :

Algies coliques modérées mais persistantes, avec tendance à la constipation.

- Pas de signes d'examen.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë ; hémorroïdes.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 18 mois, brûlures post-prandiales précoces avec pyrosis.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroskopie : aspect de gastrite catarrhale.
- Gastrobiopsie : sans anomalies.
- Tubage à l'histamine : 185 ml ; 9,2 Meq.

Signes associés :

Retentissement enurovégétatif important avec asthénie, anxiété, insomnies et tendance dépressive.

CONCLUSION :

Colopathie méta-ambibienne avec apparition, 13 ans après l'infestation parasitaire, d'une symptomatologie de type gastritique ; au tubage gastrique, hypochlorhydrie de débit ; la gastroscopie montre des lésions de gastrite catarrhale.

OBSERVATION N° 46

WON... Daniel, homme de 29 ans. Originaire de La Réunion (61 kg pour 1,63 m).

Hospitalisé en mai 1967.

Passé amibien :

Chez ce malade, au retour d'un séjour en Afrique Equatoriale, l'amibiase est découverte durant l'hospitalisation par recherche systématique.

Signes coliques :

Aucun signe fonctionnel ou physique.

- Lavement baryté : sans anomalies.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : présence de formes kystiques et minuta d'*Entamæba Histolytica*.
- Coproculture : absence de germes pathogènes.

Signes gastro-duodénaux :

Apparition, en janvier 1967, d'épigastalgies à type de crampes et de brûlures, post-prandiales précoces, durant 1 heure, sans périodicité.

- Transit gastro-duodéal : antrite.
- Gastroscoie : muqueuse d'aspect normal.
- Gastrobiopsie : discrète atrophie muqueuse avec gastrite interstitielle et catarrhale ; quelques cellules en métaplasie intestinale.
- Tubage à l'histamine : 208 ml ; 6,4 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Amibiase infestation muette sur le plan colique, mais s'accompagnant d'une symptomatologie douloureuse gastro-duodénale ; la gastrobiopsie montre des lésions de gastrite, au tubage hypochlorhydrie de débit.

OBSERVATION N° 47

LEM... Gabriel, homme de 45 ans (58 kg pour 1,68 m).

Hospitalisé en avril 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1946. Rechute aiguë en 1959. A reçu 2 cures d'émétine.

Signes coliques :

Pas de signes fonctionnels.

- A l'examen : sensibilité diffuse du cadre colique.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : anite hémorroïdaire ; muqueuse congestive.
- Examens parasitologiques des selles : présence de kystes d'*Entamæba Histolytica*.
- Coproculture : présence de *Protéus* et de *Candida Albicans*.

Signes gastro-duodénaux.

Depuis 1 mois, crampes épigastriques avec paroxysmes post-prandiaux.

- Transit gastro-duodéal : gastrobulbite.
- Gastroscoie : aspect de gastrite atrophique.
- Gastrobiopsie : muqueuse d'aspect normal.
- Tubage à l'histamine : 286 ml ; 20,8 Meq.

Signes associés :

Etat général médiocre ; insomnies et céphalées. A noter une édentation presque totale.

CONCLUSION :

21 ans après infestation amibienne, mise en évidence chez un colitique porteur de kystes d'*Entamæba Dysenteriaë*, d'une gastrite de type atrophique confirmée par radiologie et endoscopie.

OBSERVATION N° 48

BEL... Léon, homme de 55 ans (78 kg pour 1,67 m).

Hospitalisé en juin 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1956 et traitée par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Constipation chronique.

- Pas de signes d'examen.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique et diverticulose sigmoïdienne.
- Rectoscopie : aspect de rectite subaiguë.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : augmentation des fermentations et des putréfactions ; insuffisance gastrique.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1960, dyspepsie hyposthénique avec brûlures épigastriques évoluant sans rythme, ni périodicité.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastroscolpie : aspect de gastrite hypertrophique.
- Gastrobiopsie : gastrite interstitielle.
- Tubage à l'histamine : 224 ml ; 12,2 Meq.

Signes associés :

Etat général médiocre ; insomnies et irritabilité.

CONCLUSION :

A l'occasion d'un syndrome épigastrique mixte (dyspepsie hyposthénique avec brûlures gastriques) apparu 4 ans après une infestation amibienne, on objective, par endoscopie et gastrobiopsie, des lésions de gastrite chez un colopathe chronique.

OBSERVATION N° 49

DEG... Olivier, homme de 24 ans (77 kg pour 1,83 m).

Hospitalisé en juin 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Turquie en 1963, traitée par amœbicides de contact.

Signes coliques :

Constipation ; algies abdominales à la défécation.

- A l'examen : cadre colique uniformément sensible.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : aspect de colite chronique.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : irritation colique ; fermentation.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1966, épigastalgies post-prandiales semi-tardives, calmées par l'alimentation, évoluant par périodes de 15 jours.

- Transit gastro-duodéal : sans anomalies.
- Gastrobiopsie : muqueuse normale.
- Tubage à l'histamine : 144 ml ; 8,2 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Colopathe chronique chez lequel est apparue, 3 ans après une infestation amibienne, une symptomatologie épigastrique pseudo-doulcéreuse ; la radiologie et la gastrobiopsie ne montrent pas de lésions gastriques, mais il existe au tubage une hypochlorhydrie de débit et une discrète hyposécrétion.

OBSERVATION N° 50

JEU... Narcisse, homme de 36 ans (89 kg pour 1,78 m).

Hospitalisé en juin 1967.

Passé amibien :

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1952 et traitée par une cure d'émétine. Par la suite, plusieurs cures thermales à Plombières.

Signes coliques :

Depuis 1953, alternances de diarrhée et de constipation.

- A l'examen : douleur diffuse du cadre colique, maximum au niveau du sigmoïde.
- Lavement baryté : colopathie spasmodique.
- Rectoscopie : muqueuse d'aspect normal.
- Examens parasitologiques des selles : négatifs.
- Coprologie fonctionnelle : fermentation ; irritation colique.

Signes gastro-duodénaux :

Depuis 1 an, épigastalgies post-prandiales tardives avec météorisme abdominal et nausées.

- Transit gastro-duodéal : bulbite.
- Gastroskopie : fragilité vasculaire de la muqueuse.
- Gastrobiopsie : aspect normal de la muqueuse.
- Tubage à l'histamine : 200 ml ; 8,1 Meq.

Signes associés :

Pas de signes généraux ou neurovégétatifs.

CONCLUSION :

Chez un colopathe chronique apparition, 14 ans après infestation amibienne, d'une symptomatologie douloureuse gastro-duodénale ; au tubage, tendance à l'hypersécrétion et hypochlorhydrie de débit ; des lésions de gastrite sont confirmées par la radiologie et l'endoscopie.

ÉTUDE ANALYTIQUE

Les malades dont nous venons de rapporter, en résumant les observations, ont tous été admis durant les années 1966-1967 dans deux services de médecine de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce.

Si le motif de l'hospitalisation a été pour tous l'apparition plus ou moins récente de troubles gastro-duodénaux qui leurs forment donc une première caractéristique commune, nous avons exigé et vérifié, pour les faire entrer dans le cadre de notre étude, la présence de deux autres critères qui sont la notion d'antécédents amibiens et l'existence de troubles coliques.

Ont ainsi été réunis 47 hommes et 3 femmes, sans que cette prédominance masculine ne revête une signification particulière ; elle est liée simplement au recrutement habituel d'un hôpital militaire.

Tous sont des adultes dont les âges s'étalent de 20 à 55 ans et dont l'âge moyen est de 37 ans.

Enfin, sur le plan ethnique, la plupart sont d'origine européenne ; on ne compte ici qu'un seul Nord-Africain, deux Antillais et un malade originaire de La Réunion.

Durant leur hospitalisation, nous nous sommes attachés à effectuer, chez ces 50 malades, une étude basée sur des critères aussi objectifs que possible et portant sur quatre points :

1. Le passé amibien.
2. La colopathie.
3. Les manifestations gastro-duodénales.
4. La recherche de manifestations associées.

I. - LE PASSÉ AMIBIEN

a) Si 3 de nos malades n'ont jamais quitté la métropole, les 47 autres ont tous séjourné outre-mer et souvent fort longtemps, en moyenne 8 ans, avec des extrêmes de 1 à 25 années, en Extrême-Orient et en Afrique du Nord essentiellement.

Chez tous, le passé amibien a été authentifié par la découverte dans leurs selles, à un moment de leur vie, de l'amibe *Entamæba Histolytica* sous ses diverses formes.

b) Le lieu de contamination est variable (tabl. I) ; il s'agit dans tous les cas d'une amibiase intestinale dont l'origine est indochinoise le plus souvent, plus rarement l'infestation se situe en Afrique du Nord ; elle est antillaise à 3 reprises (obs. n^{os} 22, 23, 24), a lieu 3 fois en Afrique Equatoriale française (obs. n^{os} 7, 13, 46) et une seule fois en Amérique centrale (obs. n^o 49) ; enfin, chez les 3 malades n'ayant jamais quitté la métropole (obs. n^{os} 8, 37, 38), on peut parler d'amibiase autochtone.

LIEU DE CONTAMINATION	Afrique du Nord	Extrême- Orient	A.E.F.	Antilles	Amérique Centrale	France (amibiase autochtone)
Nombre de malades	9	31	3	3	1	3

Tableau I. — LIEU DE CONTAMINATION

c) Pour fixer l'ancienneté de ces amibiases, nous avons le choix entre l'époque des premières manifestations intestinales et la date de la première découverte d'amibes dans les selles ; chez un certain nombre de malades, en effet, les signes coliques précèdent et parfois de plusieurs années le diagnostic parasitologique et, par conséquent, le traitement spécifique. C'est pourtant ce critère parasitologique que nous retenons, du moins pour l'instant, comme le point de repère le plus objectif, mais reconnaissant ce qu'il a d'artificiel, nous nous réservons d'y revenir lorsque seront abordées les manifestations coliques et gastro-duodénales.

Quoi qu'il en soit (tabl. II), l'amibiase est le plus souvent ancienne, 12 années en moyenne ; le cas extrême remonte à 28 ans (obs. n^o 33), à l'opposé chez 5 malades (obs. n^s 8, 34, 36, 37, 38), le diagnostic parasitologique a été fait pour la première fois à l'occasion de l'hospitalisation.

ANCIENNETÉ DU DIAGNOSTIC	Contem- porain	Moins de 1 an	1 à 5 ans	5 à 10 ans	10 à 15 ans	15 à 20 ans	20 à 25 ans	25 à 30 ans
Nombre de malades	5	5	6	9	13	11	0	1

Tableau II. — ANCIENNETÉ DU DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE
PAR RAPPORT A LA DATE D'HOSPITALISATION

d) Il nous restait à essayer d'apprécier la gravité de ces antécédents amibiens.

Sachant combien il est difficile de faire préciser par l'interrogatoire l'intensité d'une symptomatologie fonctionnelle souvent lointaine, différemment ressentie et, parfois, chez des malades pensionnés, majorée dans un but utilitaire évident, nous avons essentiellement tenu compte des indications portées sur le carnet délivré à tout militaire amibien par le Service de Santé des Armées.

Nous avons donc recherché les traitements suivis, les associations éventuelles à une atteinte hépatique et le nombre de rechutes parasitologiquement confirmées.

1. Traitement suivis :

Ils sont rapportés dans le tableau III où il est plus particulièrement tenu compte des cures d'émétine, utilisées isolément ou suivies de la prise d'amœbicides de contact dans 3/5 des cas. Les amœbicides non diffusibles ont été employés seuls chez 12 malades.

Parmi les 8 malades qui n'ont reçu aucun traitement, on compte les 5 cas où le diagnostic est contemporain de l'hospitalisation, 1 cas où il se situe à moins de 3 mois (obs. n° 5) ; pour les 2 autres (obs. n°s 6 et 9), il s'agit d'une négligence (et ceci, bien que le diagnostic parasitologique ait été fait respectivement 10 et 3 années plus tôt).

Nombre de cures d'émétine		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cures émétiniennes	Isolées	10	4	3	1	1		1			
	Suivies d'amœbicides de contact	7	1					1			1
Amœbicides diffusibles seuls		12									
Aucun traitement		8									

Tableau III. — TRAITEMENTS SUIVIS

Enfin, et pour seulement 5 malades, la chimiothérapie fut suivie de cures thermales répétées, soit à Plombières (obs. n°s 12 et 39), soit à Châtel-Guyon (obs. n°s 20 et 45), soit successivement dans les deux stations (obs. n° 11).

2. Atteintes hépatiques associées :

On ne relève dans notre série que 4 amibiases hépatiques (obs. n^{os} 21, 24, 28, 42). Les trois premières survinrent à l'occasion d'une rechute, quelques années après un épisode dysentérique initial et tournèrent court sous traitement spécifique ; la dernière enfin évolua vers l'abcédation et fut guérie chirurgicalement.

3. Rechutes :

A 17 reprises (tabl. IV), nous notons dans notre série la survenue de rechutes parasitologiquement confirmées et souvent répétées, en moyenne 2 fois avec 2 cas extrêmes de réinfestations ou réviviscences (obs. n^{os} 24, 33).

Nombre de malades	7	4	2	1	0	1	2
Nombre de rechutes	1	2	3	4	5	6	7

Tableau IV. — FRÉQUENCE DES RECHUTES

La fréquence de ces contaminations et de ces réinfestations ne surprendra pas si l'on songe au nombre d'années que la plupart de nos malades ont passé en pays d'endémie amibienne et souvent dans les conditions difficiles de vie et d'hygiène qui étaient celles des troupes opérationnelles d'Afrique du Nord et d'Extrême-Orient.

e) En conclusion, et au terme de cette étude du passé amibien de nos malades, si nous retenons les notions de séjours outre-mer prolongés (en moyenne 8 ans), de primo-infestation amibienne en général lointaine, indochinoise dans la majorité des cas et fréquemment suivie de rechutes aiguës, il ne nous paraît pas possible d'affirmer pour tous nos malades et sur ces seuls éléments, la particulière gravité de leurs antécédents amibiens.

II. - ETAT ACTUEL DE LA COLOPATHIE

Les troubles coliques présentés par nos malades ont fait l'objet, à côté de l'examen clinique, d'une étude basée sur quatre critères.

1. Des examens parasitologiques de selles répétés.
2. Une exploration radiologique du côlon par lavement baryté.
3. Une rectosigmoïdoscopie.
4. Enfin, un examen coprologique fonctionnel.

1) **Cliniquement**, tout d'abord, seuls 3 malades ne présentaient ni signes fonctionnels, ni signes physiques de dysfonctionnement colique (obs. n^{os} 2, 28, 46).

Tous les autres accusaient des symptômes de colopathie :

- soit des signes fonctionnels consistant en diarrhée, constipation, souvent en alternance des deux, en algies coliques, en ballonnements abdominaux ;
- soit des signes d'examen à type de sensibilité colique diffuse ou plus souvent localisée, surtout bipolaire avec un cæcoascendant sensible et spasmé et une corde colique gauche douloureuse.

Les différents symptômes et la manière dont ils s'associent entre eux sont présentés dans le tableau V ; nous en retiendrons : que 39 malades présentaient des troubles du transit intestinal, que l'examen clinique était positif chez 38 d'entre eux, enfin que 47 sur 50 présentaient des signes de colopathie évolutive.

SIGNES FONCTIONNELS	SIGNES PHYSIQUES	Sensibilité colique diffuse	Colite bipolaire	Colite gauche	Colite droite	Absence de signes physiques	TOTAUX
Constipation isolée			1	1		2	4
Diarrhé isolée		4	4		1	1	10
Alternance diarrhée - constipation		2	1	2		2	7
Douleurs coliques + alternances diarrhée - constipation		2	3	2		1	8
Douleurs coliques + diarrhée		1	3		1	1	6
Douleurs coliques + constipation		2	1			1	4
Ballonnements				1	1	1	3
Ballonnements + diarrhée				1			1
Absence de signes fonctionnels		1	2		1	3	7
TOTAUX		12	15	7	4	12	50

Tableau V

Il nous fallait par ailleurs préciser le teteemps depuis lequel évoluait cette symptomatologie colique, le début des désordres fonctionnels n'étant pas, nous l'avons déjà dit, forcément contemporain de la découverte d'amibes dans les selles.

La figure VI, établie à partir de 43 malades chez lesquels existaient des signes fonctionnels intestinaux, montre que dans plus de 50 % des cas, la colopathie évolue depuis au moins 10 ans.

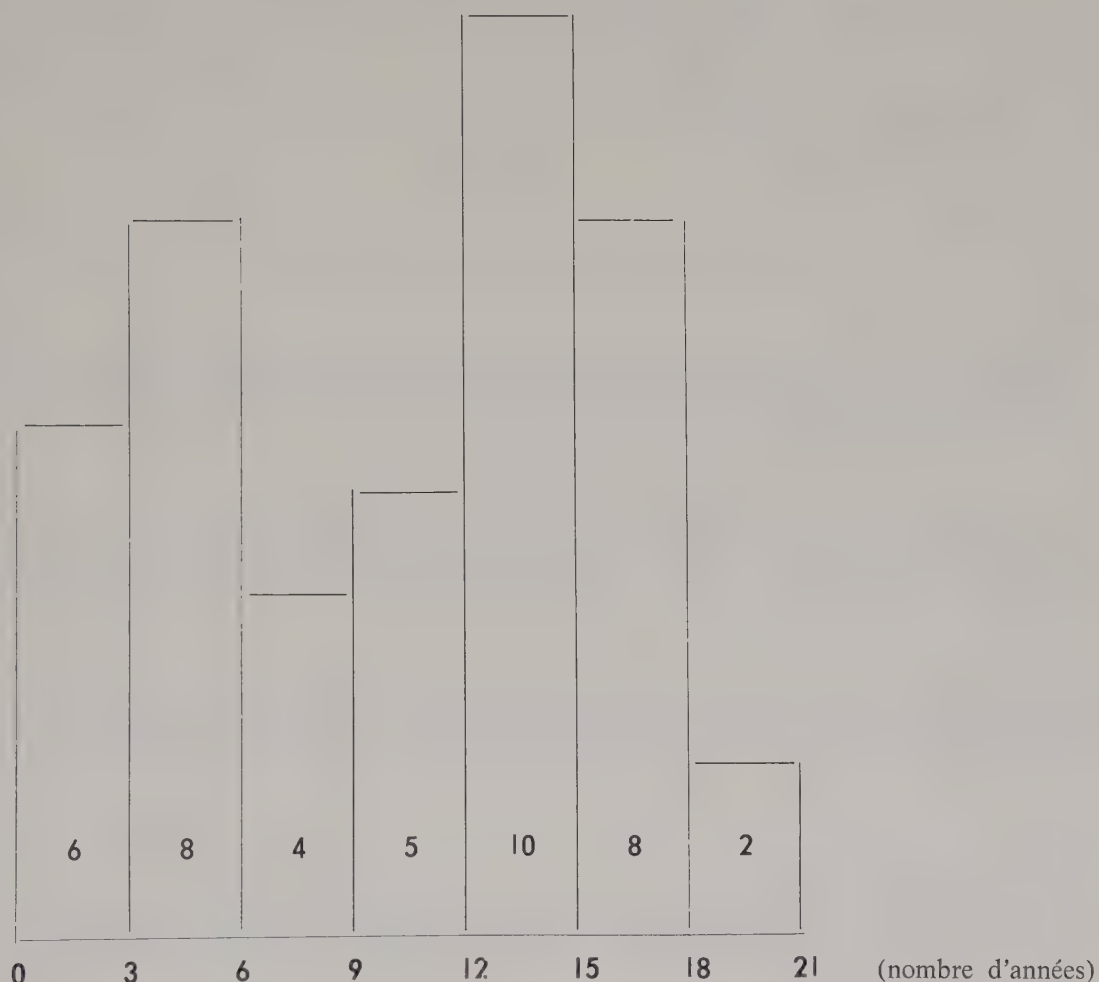


Figure VI. — DURÉE D'ÉVOLUTION DE LA COLOPATHIE CHEZ 43 MALADES

II) Chaque malade a fait par ailleurs l'objet d'au moins 3 **examens parasitologiques** de selles, précédés, chaque fois qu'elle était nécessaire, par une réactivation au sulfate de soude (tabl. VII).

Chez 35 malades, aucun parasite n'a pu être mis en évidence et la colopathie était donc sur le plan amibien « déshabitée » ; chez 11 autres, on a pu déceler la présence d'*Entamæba Histolytica* sous ses diverses formes : hématoophage une seule fois (obs. n° 5), minuta à trois reprises et kystes dans 7 cas.

Absence de parasites		35
Entamæba Histolytica	Forme Hématophage	1
	Forme Minuta	2
	Forme Kystique	7
Ankylostome		1
Lamblias		3
Anguillules + Entamæba Histolytica forme Minuta		1
TOTAUX		50

Tableau VII

Ajoutons toutefois à ces résultats qu'un malade associait des amibes Minuta et des larves d'anguillules (obs. n° 40) et qu'un autre présentait une ankylostomiase (obs. n° 22) ; on compte enfin 3 lambliaoses isolées (obs. n°s 2, 6, 44).

Ces 5 observations de polyparasitisme sur les 50 étudiées, pourront peut-être porter à discussion lorsque seront abordées les manifestations gastro-duodénales : à quel parasite faudra-t-il alors imputer les troubles ? Notons cependant que, chez tous, un passé amibien a été authentifié et souvent fort sévère.

III) Une **exploration radiologique** du côlon par lavement baryté a été effectuée chez tous nos malades. Elle n'a montré aucune anomalie organique ou fonctionnelle chez 19 d'entre eux seulement.

Chez tous les autres ont été décrites des images de colopathie fonctionnelle, toujours de type spasmodique, caractérisées par :

- dans quelques cas, un franchissement rapide de la valvule de Bauhin avant replétion cæcale observée en radioscopie ;
- une progression rapide du lavement, parfois douloureuse, entrecoupée d'arrêts dus à des spasmes ou à des chasses bipolaires ;
- par une accentuation de la segmentation haustrale (particulièrement nette dans l'observation n° 44) donnant l'aspect en « bandoneon » décrit par Speder ;
- par des rétrécissements segmentaires fugaces atteignant, dans l'observation n° 42, la totalité du sigmoïde ;
- quant à la topographie des atteintes, les formes localisées segmentaires sont rencontrées beaucoup plus rarement que les formes généralisées ; c'est ce que met en évidence le tableau VIII ;

Diffuse	24
Côlon droit (obs. n ^{os} 32, 47, 49)	3
Bipolaire (obs. n ^o 23)	1
Transverse (obs. n ^o 3)	1
Transverse et côlon gauche (obs. n ^{os} 4, 18)	2
TOTAL	31

Tableau VIII

— ajoutons toutefois que, chez deux malades (obs. n^{os} 24 et 48), l'aspect de colopathie spasmodique généralisée coexistait avec une diverticulose sigmoïdienne.

IV) Un **examen coprologique fonctionnel** a été pratiqué chez 41 malades, selon la technique de Goiffon. Il a été réalisé sur les selles de 24 heures émises après 3 jours d'une alimentation comportant viande et carottes crues, pommes de terre, haricots secs et bananes.

Il n'a été trouvé normal que chez 3 malades (obs. n^s 34, 36, 43).

Partout ailleurs ont été mis en évidence des signes de dysfonctionnement colique multiples, en général associés et portant :

1. Sur des symptômes d'irritation colique avec selles alcalines, riches en ammoniacque (au-dessus de 3 ml/100 g), renfermant des champignons inférieurs (levures, spirilles, blastocystis) et, chez un malade (obs. n^o 37), des kystes d'*Entamæba Coli*. Ces signes ont été retrouvés chez 18 malades pour lesquels on peut donc parler de véritable colite.

2. Sur l'équilibre entre fermentations et putréfactions qui était perturbé chez 18 malades et seulement 3 fois au profit des dernières (obs. n^{os} 3, 8, 9). Nous avons donc retrouvé dans la majorité des cas, les aspects typiques des selles de fermentation, aérées, mousseuses, riches en grains d'amidon et en cellulose digestible, avec avec une flore iodophile abondante, un taux élevé d'acides organiques, un PH acide, et qui s'opposent point par point aux aspects des selles de putréfaction.

3. Sur des troubles du transit où les anomalies constatées se répartissent de la façon suivante :

- diarrhée d'origine cæcale : 2 malades (obs. n^{os} 27, 31) ;
- diarrhée d'origine sigmoïdienne : 2 malades (obs. n^{os} 3, 44).
- constipation simple : 7 malades ;
- fausse diarrhée de constipation : 9 malades qui présentaient des selles d'aspect hétérogène, où tous les aliments, y compris la cellulose, sont parfaitement digérés et dilués dans un liquide d'exsudation colique.

4. Sur la présence de micro-organismes pathogènes mis en évidence par copro-culture chez 4 de ces 41 malades, il s'agissait à 3 reprises d'un staphylocoque pathogène (obs. n^{os} 8, 9, 24) et une fois d'un proteus (obs. n^o 23).

Ajoutons qu'un seul malade présentait des stigmates coprologiques d'insuffisance grêlique avec stéatorrhée supérieure à 5 g/24 h, présence de bilirubine et absence de graisses neutres (obs. n^o 4).

Chez les 9 autres malades qui n'ont pas subi de coprologie fonctionnelle a été toutefois pratiqué un examen plus sommaire : recherche de la flore dominante, recherche de salmonelles et de shigelles, de staphylocoques pathogènes et de *Candida Albicans* ; une fois seulement (obs. n^o 47), la flore est apparue anormale, contenant un *Candida Albicans*.

Quant aux signes d'insuffisance gastrique qui sont apparus très nombreux, il en sera question dans le chapitre consacré aux manifestations gastro-duodénales.

V) A. Bensaude a pratiqué chez la totalité de nos malades une **rectosigmoïdoscopie**.

Chez 20 d'entre eux, la muqueuse est apparue normale ou subnormale.

- L'aspect le plus fréquemment rencontré est, comme le montre le tableau IX, celui d'une rectite congestive avec coloration rouge sombre de la muqueuse qui est parfois fragile, saignant facilement au contact du rectoscope, aspect auquel d'associe souvent une hypercrinie.
- A 2 reprises (obs. n^{os} 44, 49), l'opérateur a mis en évidence une muqueuse pâle, sèche et lisse avec une trame vasculaire très développée et anormalement visible, l'ensemble de ces anomalies caractérisant une rectite atrophique.
- Un seul malade (obs. n^o 22) présentait une ulcération de petite taille siégeant au niveau de la jonction rectosigmoïdienne et reposant sur une muqueuse fragile, congestive et hyper-sécrétante : il s'agissait d'un métis ayant vécu 20 ans à la Martinique, porteur d'ankylostomes et qui avait été 1 mois plus tôt traité pour une amibiase infestation. Ni les examens parasitologiques de selles, ni un prélèvement direct au niveau de la lésion n'ont mis en évidence d'amibes *Entamæba Histolytica*.
- Enfin, signalons que 5 malades présentaient une anite hémorroïdaire (obs. n^{os} 9, 20, 42, 45, 47), et que dans le seul cas de notre série, où nous avons mis en évidence la présence d'amibes hématophages dans les selles (obs. n^o 5), l'examen endoscopique n'a pas montré d'ulcérations au niveau du recto-sigmoïde.

Muqueuse d'aspect normal	20
Muqueuse congestive	14
Muqueuse congestive et hypersécrétante	8
Muqueuse atrophique	2
Ulcération	1
Anite hémorroïdaire	5
TOTAL	50

Tableau IX. — RÉSULTATS DE LA RECTOSIGMOÏDOSCOPIE

VI) Que conclure de cette revue des troubles coliques constatés chez nos malades ?

Il ressort que la notion de tous présentaient des signes de dysfonctionnement colique, l'ensemble des examens pratiqués n'ayant été normal pour aucun d'entre eux.

Tous, en effet, accusent des signes d'une colopathie ancienne (plus de 10 ans dans 50 % des cas) et dont l'évolutivité est affirmée par :

- l'existence de douleurs coliques ou de troubles du transit chez 47 d'entre eux avec des images radiologiques de type spasmodique dans la majorité des cas (31/50) ;
- un examen coprologique fonctionnel considéré comme normal chez seulement 3 malades ;
- la mise en évidence d'une muqueuse rectosigmoïdienne pathologique à 30 reprises.

III. - MANIFESTATIONS GASTRO-DUODENALES

Les signes cliniques gastro-duodénaux présentés par nos malades ont été, dans tous les cas, le motif de leur hospitalisation. Nous refusant de les caractériser sous le terme imprécis de dyspepsie réflexe, nous avons essayé de mettre en évidence, après avoir vérifié chez tous l'existence d'un passé amibien et d'une colopathie séquellaire, un substratum organique à cette symptomatologie gastro-duodénale.

- Dans un premier temps, nous regrouperons donc les principaux symptômes présentés par nos malades.
- Puis, nous étudierons leur fonctions de sécrétion gastrique par l'analyse des tubages à l'histamine ; nous y rajouterons les stigmates de dysfonctionnement gastrique que nous ont fourni les examens coprologiques fonctionnels.
- Enfin, et sur le plan strictement organique, nous envisagerons les renseignements fournis par une triple étude effectuée dans la majorité des cas :
 - radiologique,
 - endoscopique,
 - anatomopathologique.

1. Signes cliniques

Ils forment le lien principal unissant nos malades et qui leur est commun à tous.

I) Au moment de cette étude, les signes fonctionnels gastro-duodénaux évoluaient depuis un temps fort variable que nous avons en moyenne chiffré, pour l'ensemble de notre série, à 3 années.

Toutefois, pour 8 malades seulement, le début de la symptomatologie douloureuse est contemporain, ou précède de très peu l'hospitalisation ; à l'opposé, un seul malade (obs. n° 27), souffrait depuis plus de 13 ans.

Les résultats d'ensemble sont consignés dans le tableau X qui montre que, dans 78 % des cas, la symptomatologie gastro-duodénale est apparue depuis moins de 5 ans.

CONTEMPORAIN DE L'HOSPITALISATION	Moins de 1 an	1 à 3 ans	3 à 5 ans	5 à 7 ans	7 à 9 ans	9 à 11 ans	11 à 13 ans	Plus de 13 ans
8	15	10	6	2	1	2	5	1

Tableau X. — DURÉ DE L'ÉVOLUTION DES TROUBLES GASTRO-DUODÉNAUX AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION

Il nous a paru cependant plus intéressant de comparer la date d'apparition des signes gastro-duodénaux à celle des premiers signes fonctionnels coliques, lorsque ces derniers existaient. Ceci a été possible pour 43 malades :

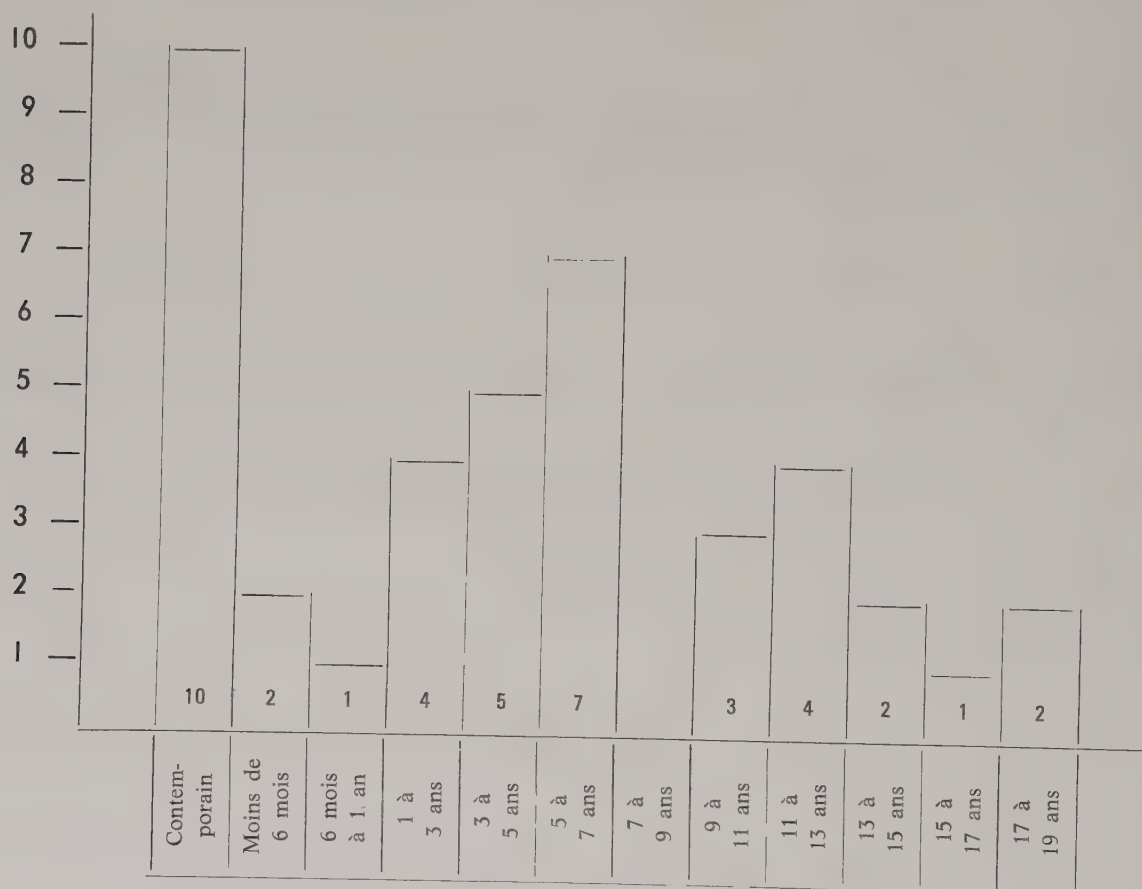


Tableau XI. — ETUDE CHEZ 43 MALADES DU DÉLAI SÉPARANT LES PREMIERS SIGNES GASTRO-DUODÉNAUX DES PREMIERS SIGNES COLIQUES

Si nous nous en tenons au tableau précédent, quelques remarques s'imposent :

- dans tous les cas, les troubles gastro-duodénaux ont leur apparitions postérieure aux premières manifestations coliques avec des délais variant de 0 à 15 années ;
- chez 10 malades, l'amibiase a pris d'emblée une double symptomatologie colique et gastrique ;
- dans la majorité des cas (29/43), les troubles fonctionnels gastro-duodénaux sont apparus avant 7 années d'évolution des troubles coliques.

Toutefois, chez les 7 autres malades qui ne présentaient ni troubles du transit, ni douleurs coliques, le délai d'apparition des troubles gastriques a été évalué par rapport à la première constatation de l'amibe *Entamoeba Histolytica* dans les selles.

Ce délai est nul chez un seul malade (obs. n° 46), il est de 5 ans chez un autre (obs. n° 30), de 11 années à 4 reprises (obs. n°s 2, 12, 28, 29) ; enfin, il s'élève à 21 ans dans l'observation n° 47.

Au total, l'intervalle séparant l'apparition des signes gastriques de l'apparition des signes coliques est, en moyenne, pour notre série, de 3 ans ; mais la répartition de la durée des délais est telle qu'il nous paraît pas possible d'affirmer sur ces données une date privilégiée de survenue d'une symptomatologie gastrique éventuelle au cours de l'évolution de la colopathie.

II) Sur le plan strictement symptomatique, il nous a été possible de regrouper l'ensemble de troubles gastriques fort divers que présentaient nos malades, en 4 syndromes principaux :

- a) soit un syndrome qualifié d'hyposthénique, fait de douleurs épigastriques post-prandiales précoces à type de pesanteurs, de lourdeurs, s'accompagnant d'aérogastrie avec ballonnements, digestions lentes, somnolence, éructations, bouffées vasomotrices du visage ;
- b) soit un syndrome de type gastritique où prédominent les brûlures épigastriques en général post-prandiales précoces ou semi-tardives, parfois nocturnes, évoluant sans aucune périodicité ;
- c) soit un syndrome mixte consistant en des troubles dyspetiques du type hyposthénique, sur lesquels se greffent des brûlures épigastriques irrégulières ;
- d) soit, enfin, un syndrome de type hypersthénique, pseudoulcéreux, fait de crampes épigastriques post-prandiales semi-tardives ou tardives dans l'évolution desquelles on retrouve une certaine périodicité, calmées ou non par l'alimentation ou les alcalins.

43 malades ont pu ainsi rentrer dans une des 4 séries, la répartition se faisant de la façon suivante :

- symptomatologie de type gastritique : 18,
- symptomatologie de type hyposthénique : 9,
- symptomatologie de type mixte : 7,
- symptomatologie de type hypersthénique : 9 ;

pour les 7 autres, les symptômes présentés étaient suffisamment atypiques, comme c'est fréquemment le cas au cours des gastrites, pour justifier un classement à part :

- chez un malade (obs. n° 1), il s'agissait d'une hématomèse isolée de moyenne abondance ; une seule fois (obs. n° 32) la symptomatologie se résuma à une crise douloureuse épigastrique à débit brutal, extrêmement violente et pour laquelle avait d'abord été envisagé le diagnostic de perforation d'ulcère ; dans l'observation n° 13, il s'agissait d'un malade qui présentait une **faim** douloureuse sur laquelle se greffaient des brûlures épigastriques ;
- chez les 4 derniers, enfin, la symptomatologie consistait en épigastralgies atypiques, mal définies par le malade, évoluant sans aucun rythme, ni périodicité.

2. Etude du chimisme gastrique

Parmi les 50 malades qui font l'objet de ce travail, tous ont subi un tubage gastrique ; cet examen a dû être interrompu une seule fois (obs. n° 3) devant l'apparition d'une hémorragie digestive.

Chez les 49 autres, la sécrétion gastrique a été étudiée selon la méthode classique mise au point par A. Lambling et J.-J. Bernier.

Après avoir mis en place une sonde souple et fait un premier prélèvement pour examiner le contenu de l'estomac à jeun, est pratiquée une injection sous-cutanée de 1/2 mg de chlorhydrate d'histamine. Dès lors, des prélèvements à la seringue ont été effectués de quart d'heure en quart d'heure, pendant une durée totale de 2 heures. On dispose donc de 8 échantillons pour lesquels sont notés, outre l'aspect, le volume du liquide. Enfin, dans chaque tube on mesure, d'une part, l'acidité libre par le réactif de Topfer, puis l'acidité totale par addition de soude jusqu'au virage à Ph 8,5 de phénolphtaléine.

Suivant les critères fixés par Lambling et coll., nous avons retenu comme normal :

- un débit d'acide chlorhydrique libre variant entre 9 et 22 Meq/l en 2 heures ;
- un volume sécrété compris entre 150 et 250 ml.

A) Aspect du liquide :

Considéré comme normal à 28 reprises, un reflux duodénal a été constaté chez 7 malades, la bile étant présente dans au moins 3 tubes.

La présence de sang donnant une teinte rosée ou rouge au liquide et traduisant une fragilité vasculaire de la muqueuse, a été notée chez 14 malades, sans compter le seul cas où l'introduction de la sonde déclencha une franche hémorragie gastrique qui contraignit à l'inter-
ruption de l'épreuve.

B) Volume sécrété :

Les résultats obtenus se répartissent de la façon suivante (voir tabl. XII).

Nombre de malades

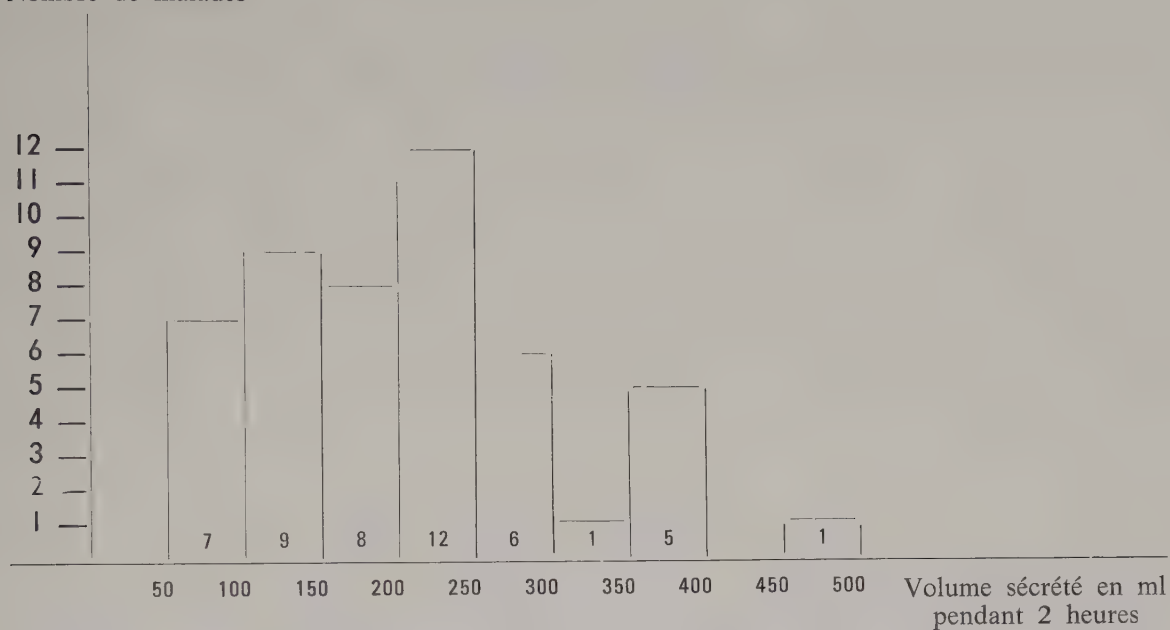


Tableau XII. — ETUDE DU VOLUME SÉCRÉTÉ

Nous voyons que 16 malades sur 49 sont hyposécrétants ; pour 20 autres, la sécrétion est quantitativement normale, comprise entre 150 et 250 ml ; elle est augmentée chez 13 malades, le cas extrême se situant à 466 ml dans l'observation n° 32.

Pour l'ensemble de notre série, la moyenne du volume sécrété en 2 heures est de 206 ml.

C) Débit chlorhydrique :

La mesure de la quantité d'acide chlorhydrique libre, libérée en 2 heures après stimulation à l'histamine, nous a donné, pour 49 malades, les résultats suivants :

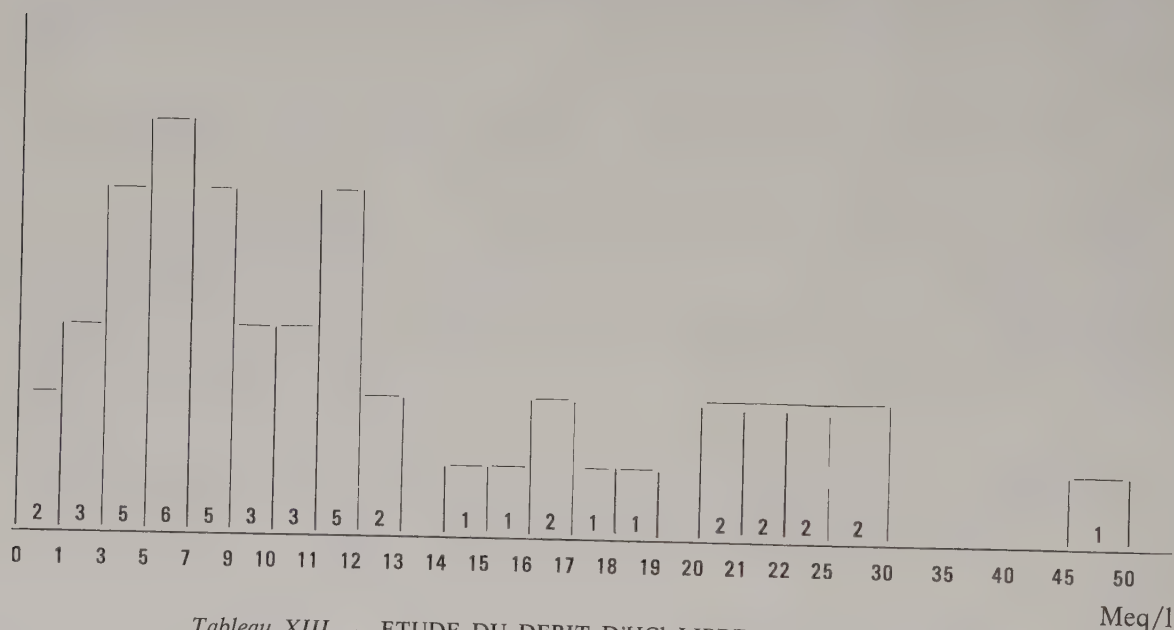


Tableau XIII. — ETUDE DU DEBIT D'HCl LIBRE CHEZ 49 MALADES

Nous voyons, d'après l'histogramme précédent, que les résultats se répartissent de la façon suivante :

- achlorhydries : 2 malades ;
- hypochlorhydrie de débit : 19 malades ;
- normochlorhydrie de débit : 23 malades ;
- Hyperchlorhydrie de débit : 5 malades.

Il se dessine donc une tendance particulièrement nette en faveur de l'hypochlorhydrie, puisque 21 malades ont un débit inférieur à 9 Meq/l et que, parmi les normochlorhydriques, 14 malades sur 23 sont en dessous du taux de 15 Meq/l qui est la moyenne communément admise.

Pour l'ensemble des malades, la valeur moyenne du débit chlorhydrique est d'ailleurs normale, basse à 10,8 Meq/l.

D) Enfin, si nous voulons résumer dans le tableau suivant (tabl. XIV) les données principales que nous a fournies l'étude du tubage gastrique à l'histamine, nous voyons qu'il s'est avéré normal chez seulement 10 malades sur le plan quantitatif.

Ajoutons toutefois que, parmi ces 10 malades, le liquide fut trouvé hémorragique à 4 reprises (obs. n^{os} 6, 10, 18, 43), teinté de bile chez 2 autres (obs. n^{os} 25, 45) et de couleur normale chez les 4 derniers (obs. n^{os} 8, 35, 44, 48).

Débit HCl libre Meq/l Volume sécrété ml	< 22 > 9	> 22	< 9	0	TOTAUX
< 250 > 150	10	2	8	0	20
> 250 < 150	8 5	3 0	2 9	0 2	13 16
TOTAUX ..	23	5	19	2	49 49

Tableau XIV. — « RESULTATS DE LA STIMULATION POST-HISTAMINIQUE »

3. Signes coprologiques d'insuffisance gastrique

Chez 16 malades, l'examen coprologique fonctionnel nous a révélé des signes d'insuffisance de digestion gastrique, avec des selles molles, fétides, contenant parfois des débris alimentaires macroscopiquement visibles, plus souvent du tissu conjonctif inattaqué, des débris grossiers de féculents et, à l'examen chimique, d'abondants cristaux d'oxalate de calcium alimentaire.

Si nous comparons ces résultats aux données fournies par le tubage gastrique, nous constatons que la concordance est parfaite chez 7 malades où l'on note une hypochlorhydrie de débit ; la quantité d'HCl sécrété est normale chez 9 autres et il n'y a de discordance franche que dans l'observation n° 13, où le débit d'HCl libre est élevé à 25 Meq/l.

4. Etude radiologique

Une exploration radiologique gastro-duodénale par ingestion de baryte a été pratiquée chez tous nos malades et parfois répétée à plusieurs reprises. Précédés d'une étude radioscopique, les clichés ont été pris sous différentes incidences, en faisant varier la position du sujet (clichés en procubitus et en décubitus) avec ou sans modificateurs du comportement, avec et sans compression.

Les premiers renseignements que nous a fourni cet examen sont importants et d'ordre négatif : il nous a permis d'éliminer dans tous les cas le diagnostic d'ulcère ou de lésion néoplasique en évolution.

Ce transit gastro-duodénal n'a été jugé morphologiquement et fonctionnellement normal que chez 19 malades. Chez tous les autres ont été décrites des images traduisant, soit des troubles fonctionnels, soit plus souvent des altérations pariétales, parfois l'association des deux.

a) Les troubles fonctionnels :

Ils sont isolés chez 10 malades et consistent :

— à 2 reprises en une hyperkinésie gastrique (obs. n°s 42 et 48) ;

- chez 6 malades en la présence à jeun de liquide gastrique traduisant une hypersécrétion ;
- enfin, un retard à l'évacuation a été constaté chez 2 autres, noté dans l'observation n° 9 et associé à une stase à jeun dans l'observation n° 26 ;
- chez 3 autres, l'hypersécrétion gastrique s'associe à des images radiologiques de gastro-duodénite (obs. n°s 30, 46, 47).

b) *Les altérations organiques :*

Chez un seul malade (obs. n° 28) a été mise en évidence une hernie hiatale. 20 autres au total présentent des altérations morphologiques de la muqueuse gastrique ou du bulbe duodénal.

- Sur le plan gastrique, il s'agit essentiellement de modifications des plis qui sont épaissis, œdédiatisés, s'élargissant sous compression en couche mince ; leur régularité est interrompue, ils sont déviés, réalisant parfois un aspect marécageux témoignant d'un œdème de la muqueuse.

De profil, sont mises en évidence des images d'indentation, des irrégularités donnant un aspect dentelé aux courbures. Nous n'avons jamais observé de rectitude localisée, ni de véritables niches ulcéreuses. La répartition de ces lésions est le plus souvent diffuse, mais prédomine presque toujours au niveau de l'antré.

Chez seulement 3 malades est réalisé un aspect d' « antrite » isolée. Ces lésions de gastrite coexistent chez 8 malades avec des altérations du bulbe duodénal.

- Les images constatées au niveau du bulbe consistent en des déformations que réalisent des encoches, des recessus donnant au bulbe un aspect polypoïde ; les plis y sont épaissis, œdédiatisés, irréguliers ; la plage bulbaire ne s'opacifie pas de façon homogène.

Ces aspects sont retrouvés, en dehors de toute altération de la muqueuse gastrique, chez 5 malades (obs. n°s 3, 4, 5, 29, 46).

c) *Finalement*, l'examen radiologique nous permet de regrouper notre population en 3 catégories principales ; c'est ce qui est fait dans le tableau XV qui résume les données fournies par le transit gastro-duodénal.

Transit gastro-duodénal sans anomalies		19
Troubles lésionnels (21)	Gastrite diffuse	3
	Antrite	3
	Gastrobulbite	8
	Bulbite	6
	Hernie hiatale	1
Troubles fonctionnels isolés (10)	Hyperkinésie	2
	Hypersécrétion	6
	Retard à l'évacuation	2
TOTAL		50

Tableau XV. — ETUDE RADIOLOGIQUE

5. Etude endoscopique

Complément indispensable d'un examen radiologique d'interprétation souvent délicate au cours de gastrites, nous avons pu réaliser chez 31 de nos malades un examen gastroscopique, grâce à l'appareil semi-flexible de Schindler.

L'aspect de la muqueuse n'ayant été considéré comme normal que chez 6 d'entre eux, il reste 19 malades pour lesquels la gastroscopie a mis en évidence des anomalies macroscopiques. Les principales altérations anatomiques que nous avons rencontrées sont nombreuses et rarement isolées : dans un premier temps, nous les étudierons élément par élément, puis nous envisagerons ensuite la façon dont elles se sont regroupées dans notre population de malades.

A) LESIONS ELEMENTAIRES :

a) *tendance hémorragique* :

Elle est particulièrement fréquente puisque nous la retrouvons chez 13 malades ; elle se manifeste dans l'objectif du gastroscopie de différentes façons :

- soit sous forme d'érosions punctiformes hémorragiques, peu nombreuses, localisées au niveau de l'antrum (obs. n°s 6, 15, 42) ;
- soit sous forme d'une hémorragie en nappe, diffuse, majorée par l'insufflation et réalisant un aspect de « rosée sanglante » (obs. n°s 11, 32, 43) ;
- soit, enfin, sous forme de purpura pétéchial (obs. n° 8), de suffusions hémorragiques (obs. n° 16) localisées au fundus et dont l'apparition est provoquée ou favorisée par l'insufflation et les éructations.

b) *Congestion* :

Elle réalise une muqueuse de couleur rouge vif, luisante, parfois recouverte par endroits d'exsudats pultacés. Nous avons retrouvé cet aspect dans les observations n°s 33 et 50.

c) *Œdème* :

Il efface plus ou moins les sillons, donnant à la muqueuse qui est parfois recouverte par plages d'un enduit hyalin, un aspect succulent (obs. n° 45).

d) *Myxorrhée* :

Un enduit muqueux, épais, adhérent, dépourvu de bulles, recouvre par endroits la muqueuse gastrique ; il s'y associe des plaques de dépôts pultacés. Cet aspect a été observé dans l'observation n° 2.

e) *Hypertrophie* :

Elle réalise chez 2 malades un aspect de gastrite mamelonnée, soit localisée à la face antérieure de la région fundique (obs. n° 4), soit diffus (obs. n° 34). Chez 3 autres, l'hypertrophie est plus nette, l'épaississement des plis donnant à la muqueuse entière un aspect cérébroïde ne s'affaissant pas à l'insufflation (obs. n°s 2, 15, 48).

Précisons bien qu'il ne s'agit ici que d'un aspect endoscopique, ne permettant que de porter le diagnostic de gastropathie à gros plis ; chez aucun de ces malades, en effet, l'histologie

n'a permis de montrer une hyperplasie réelle de la muqueuse telle qu'elle existe dans la gastrite hypertrophique géante de Ménétrier.

f) *Atrophie* :

La tendance atrophique est fréquente puisque nous la retrouvons à 7 reprises ; elle n'est isolée que dans 3 observations (obs. n^{os} 10, 19 et 47), et prédomine alors au niveau du fundus ; partout ailleurs elle s'associe à d'autres lésions, fragilité vasculaire le plus souvent et dans l'observation n° 18 à des ulcérations aphtoïdes.

A 3 reprises (obs. n^{os} 10, 19 et 47), elle réalise un aspect de gastrite atrophique en aire, consistant en la présence sur la face antérieure ou postérieure fundique, de plaques grisâtres, brillantes, de quelques cm² ; dans tous les autres cas, l'aspect atrophique est diffus, se manifestant sous forme d'une muqueuse pâle, luisante, avec disparition ou régression des plis et visibilité anormale du réseau vasculaire sous-muqueux.

Ces aspects n'atteignent toutefois pas dans notre série l'intensité qu'ils peuvent prendre dans la gastrite atrophique de l'anémie de Biermer où s'observent de véritables plaques nacrées sur une muqueuse considérablement amincie, blanchâtre et où existe une achlorhydrie totale histamino-résistante.

B) GROUPEMENTS LESIONNELS

Comme nous l'avons déjà signalé et comme il est habituel au cours des gastrites, les lésions élémentaires pathologiques observées chez 25 malades sur les 31 qui ont subi une gastroscopie sont fréquemment associées.

Les différents aspects rencontrés définissent les gastrites à tendances atrophiques (mamelonnées ou pseudo-polypoïdes), les gastrites aphtoïdes qui ne sont qu'une variété de gastrite ulcéreuse, et enfin les gastrites catarrhales (où s'associent congestion, œdème et hypermixie).

La répartition de nos 31 malades est la suivante :

a) *Muqueuse gastrique d'aspect normal* = 6.

b) *Muqueuse gastrique présentant un seul type de lésion* = 15 :

— gastrite pseudo-hypertrophique 1

● mamelonnée : 1,

● pseudopolypoïde : 2 ;

— gastrite atrophique :

● localisé : 3,

● diffuse : 2 ;

— gastrite catarrhale : 3 ;

— gastrite hémorragique : 4.

c) *Muqueuse gastrique présentant plusieurs lésions associées* = 10 :

— gastrite hémorragique et atrophique : 4 ;

— gastrite hémorragique et catarrhale : 2 ;

— gastrite hémorragique et pseudo-hypertrophique : 2 ;

- gastrite pseudo-hypertrophique et catarrhale : 1 ;
- gastrite atrophique et aphtoïde : 1.

C) En conclusion, et au terme de cette étude endoscopique, il nous paraît se dégager deux idées principales :

a) l'incidence de la tendance hémorragique est importante puisque nous la retrouvons chez 12 malades. Cette tendance a déjà été soulignée par la plupart des auteurs (Filippi (23), Ristic (43), Fromantin (25) en particulier) qui se sont penchés sur le problème des troubles gastro-duodénaux des anciens amibiens ;

b) la fréquence élevée des aspects atrophiques : les gastrites atrophiques qui représenteraient, pour Schindler, environ 14 % de l'ensemble des gastrites atteignant en effet dans notre série presque le 1/3 des malades (10/31) ;

c) en résumé, les résultats de la gastroscopie sont mentionnés dans le tableau suivant (tabl. XVI) où les aspects de gastrites catarrhale et hémorragique sont inclus dans le groupe des « gastrites vasomotrices ».

Muqueuse d'aspect normal	6
Gastrite à gros plis (isolée ou non)	6
Tendance atrophique de la muqueuse (isolée ou non)	10
Gastrite vasomotrice	9

Tableau XVI. — RESULTATS DE LA GASTROSCOPIE

6. Etude anatomo-pathologique

Enfin, nous avons terminé l'exploration de la muqueuse gastrique de nos malades par une étude histologique réalisée à l'aide de gastrobiopsies à l'aveugle, faite avec la sonde souple à aspiration-section de Ch. Debray et P. Housset.

48 sujets ont ainsi subi une biopsie gastrique, mais chez 3 d'entre eux (obs. n^{os} 25, 36, 37), les fragments prélevés ont été, en raison de leur petite taille ou leur section trop superficielle, écartés de notre étude qui porte donc au total sur 45 malades.

Chez tous, les prélèvements examinés ont porté sur la région fundique ; une fois sectionné, le fragment immédiatement fixé dans le liquide de Bouin a été coloré par la méthode classique de l'hématéine - éosine - safran.

A) Nous avons groupé les principales lésions élémentaires qu'il nous a été donné d'observer en 2 catégories :

1. les lésions épithéliales qui portent aussi bien sur l'épithélium de surface que sur l'hépihélium glandulaire ;

2. les lésions interstitielles.

a) *Lésions de l'épithélium de surface :*

On les retrouve chez 7 malades seulement sur 45 ; elles réalisent :

- dans les observations n^{os} 2, 23 et 46 un aspect inflammatoire desquamatif mais qui n'est jamais isolé ou prédominant par rapport aux autres lésions muqueuses associées. Il co-existe en particulier avec une gastrite interstitielle intense dans l'observation n^o 2 et avec des aspects d'atrophie dans les 2 autres cas ;
- partout ailleurs les lésions épithéliales superficielles attestent quand elles existent d'une tendance involutive de la muqueuse affirmée, soit par une véritable atrophie comme dans l'observation n^o 46, soit par une hétéroplasie intestinale retrouvée chez 5 malades (obs. n^{os} 13, 24, 44, 46, 48) et caractérisée par l'existence au sein de l'épithélium de revêtement de cellules caliciformes.

b) *Lésions de l'épithélium glandulaire :*

Elles sont toutes à tendance atrophique et consistent :

- dans l'observation n^o 2 en une transformation kystique de nombreuses glandes fundiques, par raréfaction progressive des cellules bordantes et principales ;
- chez 3 autres malades (obs. n^{os} 7, 11, 23), en une diminution importante du nombre des glandes qui sont petites, dissociées et parfois obstruées.

c) *Lésions interstitielles :*

Elles sont particulièrement fréquentes, puisque nous les retrouvons à 21 reprises. Elles sont représentées par 3 sortes de lésions :

- chez 6 malades, il s'agit de phénomènes exsudatifs avec vasodilatation et œdème dissociant les éléments tissulaires (obs. n^{os} 7, 10, 14, 30, 38, 41) ;
- dans les observations n^{os} 39 et 31, l'atteinte du chorion se manifeste sous la forme d'un remaniement scléreux modéré puisque n'enserrant pas encore les glands fundiques ;
- enfin, et c'est l'aspect le plus fréquemment rencontré puisqu'il se trouve chez 21 malades, l'interstitium est le siège d'une réaction inflammatoire souvent intense, caractérisée par une infiltration diffuse de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires.

B) En conclusion, l'étude synthétique des aspect lésionnels observés permet de les grouper, en fonction du processus dominant, en 4 catégories :

1. Muqueuse normale : 18.
2. Gastrite interstitielle : 16.
3. Gastrite mixte (épithéliale et interstitielle) : 1.
4. Gastrite atrophique : 10.

Remarquons qu'une gastrite épithéliale isolée ne se rencontre jamais.

On peut donc dire à la vue de ces résultats que, dans plus de la moitié des cas, la gastrobiopsie nous a permis de mettre en évidence chez nos malades, des lésions de gastrite profonde, l'évolution ayant déjà abouti chez 10 d'entre eux au stade d'atrophie.

Nous voudrions toutefois apporter deux réserves aux résultats que nous venons d'exposer :

- d'abord qu'il ne nous a pas été donné d'effectuer, sur les fragments prélevés, d'autres colorations que la méthode standard à l'hématéine - éosine - safran. Des colorations spéciales permettent actuellement de mettre en évidence des modifications plus fines de la muqueuse gastrique ; nous apportons donc toutes les réserves nécessaires, sur les altérations épithéliales que nous avons observées ;
- enfin, que la méthode d'aspiration-section que nous avons employée, provoque parfois un œdème au niveau du fragment biopsié, donnant alors à l'examen histologique un aspect trompeur qui peut faire porter un diagnostic de gastrite interstitielle par excès.

IV. - MANIFESTATIONS ASSOCIÉES

On connaît la multiplicité des facteurs étiologiques qui peuvent intervenir dans la genèse des gastrites ; ils sont d'autant plus nombreux, si l'on s'adresse à des sujets adultes, comme c'est le cas dans notre série.

Nous avons toutefois essayé d'obtenir une population aussi homogène que possible, et nous rapportons dans ce chapitre les résultats des diverses investigations pancréatiques, hépatobiliaires et générales que nous avons effectuées chez nos malades, dans le but d'éliminer toute autre participation morbide pouvant interférer avec le passé amibien et les troubles coliques dans l'étiologie des manifestations gastriques.

1. Sur le plan hépato-vésiculaire :

Notre population ne compte aucun éthylique avéré. Nous avons chez tous nos malades pratiqué des tests inflammatoires hépatiques ; ils n'ont jamais été perturbés :

23 d'entre eux ont subi un examen radiologique après opacification de la vésicule et des voies biliaires. Dans un cas seulement (obs. n° 35) peut être discuté le rôle d'une dyskinésie oddienne, encore était-elle très modérée ; chez 22 autres, la cholecystographie était normale, il n'a été décelé en particulier aucune image lithiasique.

2. Sur le plan pancréatique :

Des dosages de l'amylasémie et de l'amylasurie ont été effectués dans tous les cas : ils n'ont jamais été perturbés.

Ajoutons que l'examen coprologique fonctionnel ne nous a révélé chez aucun malade de signes d'insuffisance pancréatique.

3. Sur le plan général :

- 18 de nos malades allèguent une asthénie physique qui est difficilement vérifiable ; elle est en tous cas toujours modérée et ne s'accompagne d'un amaigrissement marqué que dans l'observation n° 17.
- Les signes de dystonie neurovégétative si fréquemment rencontrés dans les colopathies post-amibiennes sont plus fréquents ; on les retrouve chez 25 malades, mais modérés chez la plupart, à type de psychasthénie d'anxiété, d'insomnies ; ce retentissement psychique n'est net que chez 2 malades réalisant un véritable tableau d'entéronévrose dans l'observation

n° 13, une tendance dépressive marquée avec antérieurement une tentative d'autolyse dans l'observation n° 24.

- Le rôle du tabac est plus difficile à préciser : nous avons en tous cas éliminé de notre population tous les gros fumeurs, mais, parmi nos malades, nombre d'entre eux font un usage modéré du tabac.

ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

Pour les 50 malades étudiés, les différents paramètres gastro-duodénaux inventoriés s'associent différemment entre eux ; nous envisagerons, dans le premier temps de cette étude synthétique, la façon dont ils se groupent.

Ensuite, nous essaierons de voir si à chacune des catégories de malades que nous avons isolé à partir de la symptomatologie fonctionnelle, correspond un type particulier d'atteinte gastrique objective.

Viendront ensuite, pour clore ce chapitre, des comparaisons visant à mettre en évidence des corrélations éventuelles entre les signes gastro-duodénaux, les signes coliques et le passé amibien.

1. Groupements symptomatiques :

Sur l'ensemble de nos 50 malades, un seul (obs. n° 35) ne présente aucun signe objectif de gastrite. Bien que n'ayant pas subi d'endoscopie, il est évident que, pour lui, le diagnostic de gastrite doit être éliminé et que la symptomatologie fonctionnelle de type gastritique qu'il présente peut être rangée dans le cadre des troubles fonctionnels.

Pour tous les autres (49/50), la symptomatologie subjective gastro-duodénale s'associe à une ou plusieurs altérations des tests paracliniques pratiqués chez eux ; ils se répartissent en 4 groupes que nous allons envisager successivement.

A) Malades ayant 1 seul examen complémentaire anormal.

9 sujets entrent dans ce groupe.

- Pour 2 d'entre eux (obs. n°s 3, 25), seule la radiologie est parlante en révélant des signes d'atteinte bulbaire. Toutefois, nous n'en pouvons tirer de conclusion, ni l'un ni l'autre n'ayant subi de contrôle endoscopique ou histologique.
- 5 autres ne présentent que des altérations isolées qualitatives et quantitatives à l'épreuve du tubage à l'histamine, altérations qui sont toujours à type d'hyposécrétion et, dans tous les cas, sauf chez le malade n° 29 où le débit d'HCl libre est normal, à type d'hypochlorhydrie. Pour le malade n° 36, nous notons même un achlorhydrie totale, mais nous n'avons pu pratiquer chez lui (de même que dans l'observation n° 37) de gastrobiopsie.
- Chez les 4 autres, l'histologie s'est révélée normale ; plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette discordance :
 - soit erreur de technique ou fuite pylorique modifiant le volume recueilli ;
 - soit atteinte localisée de la muqueuse gastrique, la biopsie, aveugle, ayant été pratiquée en zone saine ;
 - soit altération fonctionnelle isolée — enzymatique par exemple — des cellules sécrétantes, sans modification de leur aspect histologique.

- Pour 2 malades (obs. n^{os} 6, 45), l'endoscopie seule est anormale, révélant un aspect vasomoteur avec vasodilatation, œdème et purpura localisé. S'agit-il d'une lésion transitoire, superficielle ? Il nous paraît chez ces 2 malades aussi difficile de parler d'atteinte fonctionnelle, que de véritable gastrite au sens organique du terme.
- Ajoutons que nous n'avons trouvé chez aucun malade, et c'est normal, d'altération histologique isolée.

B) Malades ayant 2 examens complémentaires anormaux.

Ce cas se présente dans 12 observations.

- Chez 3 malades l'aspect endoscopique est anormal (tendance atrophique à 2 reprises et hémorragique 1 fois) et s'associe chez le malade n° 32 à une hypersécrétion avec hyperchlorhydrie de débit, à des altérations fonctionnelles radiologiques (stase à jeun) dans les observations n^{os} 18 à 43. Compte tenu de la valeur de l'examen gastroscopique, le diagnostic de gastrite doit être retenu chez eux.
- Dans le cas des malades n^{os} 17 et 26, pour lesquels nous n'avons pas de contrôle endoscopique, la biopsie étant normale chez l'un et n'ayant pu être faite chez l'autre, transit baryté et sécrétion gastrique post-histaminique, sont en faveur d'une atteinte de la muqueuse gastrique.
- Enfin, pour les 7 derniers sujets de ce groupe, le diagnostic de gastrite s'impose puisque la biopsie nous révèle dans tous les cas une atteinte de la muqueuse :
 - gastrite interstitielle le plus souvent associée chez 2 malades à un aspect atrophique à l'endoscopie (obs. n^{os} 8 et 10), chez 4 autres à des anomalies du tubage (obs. n^{os} 20, 27, 38, 41) ;
 - gastrite atrophique dans l'observation n° 24, ce diagnostic étant étayé par une hyposécrétion et une hypochlorhydrie de débit au tubage.

C) Malades ayant 3 examens complémentaires anormaux.

Ce sont les plus nombreux, ce groupe comptant 23 sujets. L'atteinte de la muqueuse gastrique ne peut être chez eux mise en doute.

- Ce diagnostic est en particulier affirmé chez 5 malades, par des signes histologiques et endoscopiques associés à 3 reprises (obs. n^{os} 11, 14, 33) à des anomalies qualitatives et quantitatives de la sécrétion gastrique et chez 2 patients (obs. n^{os} 44, 48) à des troubles fonctionnels radiologiques.
- Dans 10 observations, biopsie, tubage et radiologie concourent au même diagnostic de gastrite.

D) Malades ayant 4 examens complémentaires anormaux.

- Ils sont 5 (obs. n^{os} 2, 7, 12, 19, 31) chez lesquels la radiologie, le tubage, l'endoscopie et la gastrobiopsie s'associent aux manifestations fonctionnelles et confirment une atteinte organique.

Au total, il nous semble que la notion de troubles gastro-duodénaux purement fonctionnels, chez des sujets, anciens amibiens, présentant une colopathie chronique, est fortement sujette à caution ; il ne peut s'agir là que d'un diagnostic d'élimination qui n'a été retenu qu'une seule fois sur une série de 50 dossiers.

Parmi ceux-ci, 40 malades présentent une altération certaine de la muqueuse gastrique, affirmée par les résultats de plusieurs tests objectifs ; enfin, pour les 9 dossiers, le diagnostic de gastrite n'est pas formel, la symptomatologie fonctionnelle gastro-duodénale ne s'appuyant que sur un seul examen complémentaire anormal.

2. Confrontations anatomo-cliniques :

Dans le chapitre de ce travail consacré à l'étude analytique des manifestations gastro-duodénales, nous avons vu l'ensemble de notre population se fragmenter en plusieurs catégories, selon les résultats que nous avaient fourni chacune des explorations pratiquées chez eux ; aussi, chaque malade, de même qu'il entre dans un des 5 tableaux cliniques isolés, se trouve placé au sein de chaque examen complémentaire (biologie - radiologie - endoscopie et gastrobiopsie) dans un groupe défini.

A partir de ces données, il nous est possible de comparer entre eux les différents symptômes cliniques et paracliniques recueillis afin de mettre en évidence d'éventuelles particularités aux altérations gastritiques observées.

Cette étude est effectuée dans les 2 tableaux suivants :

- le premier envisage la façon dont se répartissent les résultats complémentaires, en fonction de la symptomatologie fonctionnelle qui est présente par définition chez tous les malades ;
- dans le deuxième, les données histologiques qui ont été recueillies chez 45 malades et qui fournissent, a priori, les éléments les plus objectifs du diagnostic des gastrites, sont comparées aux résultats du tubage de la radiologie et de l'endoscopie.

CLINIQUE			Hyper- sthénique 9	Hypo- sthénique * 9	Gastritique 18	Mixte 7	Atypique 7	TOTAUX 50
TUBAGE	Volume sécrété (ml)	> 250 150 à 250 < 150	4 3 2	0 5 3	2 8 8	5 1 1	2 3 2	13 20 16
	Débit d'HCl (Meq/l)	> 22 9 à 22 < 9 0	0 4 5 0	0 5 3 0	2 7 7 2	0 6 1 0	3 1 3 0	5 23 19 2
RADIOLOGIE	Altération organiques		5	4	8	2	2	21
	Troubles fonctionnels isolés		1	2	3	3	1	10
	Pas d'anomalies		3	3	7	2	4	19
GASTROSCOPIE	G. à tendance atrophique		3	1	4	0	2	10
	G. pseudo-hypertrophique		2	0	2	2	0	6
	G. vasomotrice		1	2	5	0	1	9
	Aspect normal		1	1	2	0	2	6
	Non faite		2	5	5	5	2	19
HISTOLOGIE	G. atrophique		1	0	5	2	2	10
	G. interstitielle		3	3	5	2	3	16
	G. mixte (épithéliale et interstitielle)		1	0	0	0	0	1
	Aspect normal		4	4	5	3	2	18
	Non faite		0	2	3	0	0	5

REPARTITION DES DONNEES COMPLEMENTAIRES EN FONCTION
DES TYPES CLINIQUES

* 1 Malade de ce groupe n'a pas subi de tubage.

HISTOLOGIE			Gastrite atrophique 10	Gastrite interstitielle 16	Gastrite mixte 1	Muqueuse normale 18	TOTAUX 45
TUBAGE	Volume sécrété (ml)	> 250	0	7	1	6	14
		150 à 250	6	5	0	7	18
		< 150	4	4	0	5	13
	Débit d'HCl (Meq/l)	> 22	1	3	0	3	7
		9 à 22	4	7	0	12	23
		< 9	5	6	1	3	15
RADIOLOGIE	Altérations organiques		5	6	1	6	18
	Troubles fonctionnels isolés		3	2	0	5	10
	Pas d'anomalies		2	8	0	7	17
ENDOSCOPIE	G. à tendance atrophique		3	3	0	4	10
	G. pseudo-hypertrophique		2	0	1	2	5
	G. vasomotrice		0	3	0	6	9
	Aspect normal		2	4	0	0	6
	Non faite		3	6	0	6	15

REPARTITION DES AUTRES DONNEES COMPLEMENTAIRES EN FONCTION
DES RESULTATS HISTOLOGIQUES CHEZ 45 MALADES

La lecture de ces tableaux nous permet-elle de définir un type particulier de gastrite dans la population étudiée ?

1. Sur le plan clinique, il n'en est rien, la symptomatologie est largement dispersée entre les différents types que nous avons isolés ; le seul symptôme que nous rencontrons avec une relative fréquence est la brûlure épigastrique (25/50), mais ce fait n'a rien de particulier. De même à un syndrome clinique donné ne semble correspondre aucune altération particulière des tests objectifs.

2. Sur le plan paraclinique, quelques remarques s'imposent :

- une tendance générale à l'hypochlorhydrie de débit puisque seulement 5 malades se trouvent au-dessus de 22 Meq/l et que 21 ont un débit inférieur à 9 Meq/l ;
- l'étude du volume sécrété ne permet pas par contre de tirer aucune conclusion ;

- l'étude endoscopique permet, elle, de mettre en évidence une relative fréquence (10/31) des formes à tendance atrophique ;
- sur le plan histologique, l'atteinte interstitielle est la plus fréquente (17/45) et l'on ne retrouve d'atteinte épithéliale que chez un seul malade, encore n'est-elle pas isolée.

Enfin, il est intéressant de comparer chez les 29 malades qui ont subi à la fois une gastroscopie et une gastrobiopsie, les concordances entre les résultats de ces deux examens :

12 fois sur 29, ces deux examens concordent au même diagnostic de gastrite ; à 6 reprises, la biopsie a mis en évidence des altérations de la muqueuse alors qu'elle s'était révélée normale en endoscopie ; inversement, et chez 12 malades, la gastroscopie était en faveur d'une gastrite que n'a pas confirmé la biopsie.

Ces constatations n'ont rien de particulier à notre série, elles ne font que mettre une fois de plus en évidence les difficultés du diagnostic des gastrites.

Par contre, l'étude comparée des résultats du tubage avec ceux de l'endoscopie et de la biopsie, ne révèle pas de telles discordances :

En effet, quand la biopsie note des signes de gastrite (soit 27/45) le tubage est pathologique 23 fois ; il l'est à 17 reprises chez les 25 malades qui ont une muqueuse anormale à l'endoscopie ; l'hypothèse de Lambling selon laquelle l'analyse chimique, mieux que la gastroscopie qui ne révèle que des aspects de surface, mieux que la biopsie qui est aveugle, renseignerait précocement sur l'importance de l'atteinte profonde parenchymateuse, constitue pour notre série un argument de plus en faveur d'une atteinte muqueuse gastrique.

Mais ces différentes confrontations ne font apparaître aucune concordance particulière et ne permettent pas de reconnaître à ces gastrites de caractère essentiel et une nature spécifique.

Autrement dit, la gastrite amibienne ne présente pas de profil particulier ou spécifique, mais s'intègre dans le cadre général de toutes les gastrites.

3. Confrontations des troubles gastriques avec le passé amibien et les troubles coliques :

Nous essaierons dans cette dernière partie de notre travail de trouver des corrélations éventuelles entre les trois caractères que nos malades ont entre eux de commun : un passé amibien, des troubles coliques, des manifestations gastro-duodénales.

a) La sévérité de l'atteinte gastrique est-elle en rapport avec l'ancienneté du passé amibien ?

Le tableau suivant étudie la façon dont se répartissent, en fonction de l'ancienneté de la découverte d'*Entamæba Histolytica* dans les selles, les malades pour lesquels l'endoscopie ou la biopsie ont mis en évidence un aspect de gastrite atrophique, donc de gastrite sévère.

ANCIENNETÉ DU PREMIER DIAGNOSTIC PARASITOLOGIQUE	Contem- porain	Moins de 1 an	De 1 à 5 ans	De 5 à 10 ans	De 10 à 15 ans	De 15 à 20 ans	Au-delà de 20 ans	TOTAUX
Nombre de malades	5	5	6	9	13	11	1	50
Gastroscopie normale		1	2	4	7	4		18
Gastroscopie normale		3	1	1	1			6
Gastrique à tendance atrophique (endoscopie)	1	1		2	2	4		10
Gastrite atrophique (histologie)		2		3	4	1		10

Ce tableau nous montre en particulier :

- que 11 malades sur 18 qui ont une gastrobiopsie normale ont eu leur première infestation amibienne il y a plus de 10 ans ;
- que, inversement, la moitié des 10 malades qui ont une biopsie en faveur d'une gastrite atrophique ont un passé amibien remontant à moins de 10 ans.

L'ancienneté du passé amibien ne semble donc jouer ici qu'un rôle restreint.

b) *Existe-t-il une relation entre la sévérité de l'atteinte gastrique et la sévérité du passé amibien ?*

La gravité du passé amibien, apprécié en fonction du nombre de cures d'émétine, ne paraît pas dans notre population de malades jouer un rôle déterminant dans la genèse des troubles gastro-duodénaux.

En effet, sur 20 malades qui n'ont pas reçu d'émétine, la biopsie n'est normale que 4 fois contre 14 fois chez les 30 autres qui ont reçu une ou plusieurs cures d'émétine : les aspects graves, atrophiques, rencontrés à 10 reprises, se trouvent 5 fois dans le groupe de ceux qui n'ont été traités que par des amœbicides de contact.

Donc, des manifestations gastro-duodénales sévères n'impliquent pas forcément un passé amibien grave.

c) *Les manifestations gastro-duodénales sont-elles plus importantes si les troubles coliques évoluent depuis plus longtemps ?*

Cette corrélation est étudiée dans le tableau suivant chez les 43 malades qui accusaient des signes fonctionnels coliques :

DURÉE D'ÉVOLUTION DES S.F. COLIQUES		Moins de 3 ans	3 à 6 ans	6 à 9 ans	9 à 12 ans	12 à 15 ans	15 à 18 ans	18 à 21 ans	TOTAUX
Nombre de malades		6	8	4	5	10	8	2	43
TUBAGE	Normal	2	1	2	1	2		1	9
	Pathologique	4	7	2	4	8	8	1	34
RADIOLOGIE	Sans anomalies	2	5	1		3	4	2	17
	Pathologique	4	3	3	5	7	4		26
ENDOSCOPIE	Sans anomalies		1	1	1	1			4
	Gastrite	4	2	3	3	5	4		21
BIOPSIE	Sans anomalies	1	3	2	2	3	2	1	14
	Gastrite	4	3	2	3	5	9	1	24

COMPARAISON DES DONNEES DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES GASTRIQUES
AVEC LA DUREE D'EVOLUTION DS SIGNES FONCTIONNELS COLIQUES

Il ne ressort pas de ce tableau la notion recherchée que la colite chronique de nos malades favorise, par sa longue évolution, l'apparition d'altérations gastritiques ; les données positives de l'endoscopie et de la gastrobiopsie se répartissent en effet, de façon non significative entre les différentes tranches.

Inversement, chez les 7 malades qui ne présentaient ni troubles du transit, ni douleurs coliques, les examens complémentaires se montrent perturbés de façon équivalente :

4 fois sur 7 en effet, biopsie et endoscopie sont anormales.

L'apparition de manifestations gastro-duodénales ne paraît donc pas obligatoirement liée à des troubles fonctionnels coliques d'évolution prolongée.

d) La fréquence des gastrites graves est-elle plus importante si la colopathie est sévère ?

Si nous considérons, à côté des 37 malades qui, accusant à la fois des signes physiques et des signes fonctionnels coliques, présentent une colopathie sévère, se trouvent ainsi isolés 13 autres malades pour lesquels la colopathie est moins nette puisqu'ils ne présentent, soit ni signes fonctionnels, ni signes physiques (3 malades), soit uniquement l'un ou l'autre (10 malades).

Nous avons recherché si, pour ces 13 malades, les altérations gastriques étaient moins fréquentes que pour le reste de notre population. Les résultats sont les suivants :

- 3 malades ne présentant ni signes fonctionnels, ni signes physiques : tubage et radiologie ne sont normaux chez aucun d'eux ; l'ensemble endoscopie-histologie n'est jamais normal ;
- 10 malades présentent, soit des signes fonctionnels, soit des signes physiques : l'ensemble du tubage est normal 3 fois, mais, à 6 reprises sur les 7 endoscopies pratiquées dans ce groupe, est apparue une muqueuse pathologique ; de même sur 8 biopsies, 4 sont en faveur d'une gastrite.

Au total, dans notre série, les examens objectifs gastriques sont également perturbés, que la colopathie soit sévère ou plus modérée.

e) La topographie de l'atteinte colique influe-t-elle sur les manifestations gastriques ?

On connaît l'importance que des auteurs comme Brumpt, Dejou et Barbet, Speder, ont attribué à la typhlocolite dans la pathogénie des manifestations gastro-duodénales des amibiens.

La plupart de nos malades présentent, en effet, une colite droite, soit isolée (chez 4 malades), soit le plus souvent associée à une atteinte diffuse ou bipolaire du côlon.

Toutefois, seuls 7 malades ne présentent que des signes physiques de colite gauche ; il semble que chez eux l'atteinte gastrique soit moins nettement objectivée que dans le reste de notre population ; sur ces 7 malades, en effet :

- le tubage à l'histamine est qualitativement et quantitativement normal à deux reprises (rappelons qu'il ne l'est que 10 fois sur nos 50 malades) ; sécrétion et débit chlorhydrique ne sont jamais perturbés simultanément ;
- la gastrobiopsie n'a montré de lésions de gastrite que 4 fois sur 7 ;
- la gastroscopie a mis en évidence 2 fois une muqueuse d'aspect atrophique, en discordance avec des tubages normaux, ces lésions étant confirmées chez 1 malade par la biopsie.

Il semble donc que si la majorité de nos gastritiques présentent bien une colite droite, les troubles gastriques soient moins accusée que chez ceux où l'atteinte colique est uniquement gauche.

Au total, que peut-on retenir de cette étude synthétique ?

D'abord, que les troubles fonctionnels gastro-duodénaux dits « réflexes » et survenant chez des colopathes chroniques aux antécédents amibiens, ne correspondent en fait qu'à une atteinte anatomique de la muqueuse gastrique, puisque, sur une population de 50 malades, nous n'avons que dans un seul cas éliminé le diagnostic de gastrite.

Nous ne reconnaissons à ces gastrites aucun caractère clinique, biologique, radiologique, endoscopique et histologique qui permette de leur retenir des particularités spécifiques.

Cette atteinte gastrique semble indépendante des caractères de gravité et d'ancienneté du passé amibien et des manifestations coliques. Nous retiendrons que son incidence est peut-être plus importante, si la topographie de l'atteinte colique est à localisation droite.

CONCLUSIONS

1. Des études antérieures à notre travail ont montré la fréquence anormalement élevée avec laquelle apparaissent, au cours de colopathies chroniques évoluant chez d'anciens amibiens, des manifestations gastro-duodénales, dont la plupart étaient considérées comme purement fonctionnelles.

2. Posant comme hypothèse de départ qu'il n'était pas exclu que ces manifestations correspondent en fait à une altération anatomique de la muqueuse gastrique, nous rapportons et analysons ici les observations de 50 malades venus consulter pour une symptomatologie douloureuse gastro-duodénale apparue dans les suites plus ou moins lointaines d'une infestation amibienne.

3. La plupart de ces malades accusaient des symptômes de dysfonctionnement colique, et tous présentaient une colopathie chronique que nous avons objectivée par des données para-cliniques (lavement baryté - rectosigmoïdoscopie coprologie fonctionnelle).

4. Les troubles gastro-duodénaux ont fait l'objet, outre l'examen clinique, d'une étude basée sur 4 examens complémentaires :

- sécrétion gastrique post-histaminique ;
- transit baryté gastro-duodéal ;
- gastroscopie ;
- gastrobiopsie.

5. Le tubage gastrique à l'histamine ne s'est révélé qualitativement et quantitativement normal que chez 4 malades.

31 fois, l'examen radiologique met en évidence des altérations gastro-duodénales.

L'endoscopie ne révèle une muqueuse d'aspect normal que chez 6 malades, tous les autres présentent des aspects de gastrites vasomotrices, pseudo-hypertrophiques ou à tendance atrophique.

L'étude histologique pratiquée sur 45 gastrobiopsies montre 27 fois l'existence de lésions de gastrites intertitielle ou atrophique.

6. Un seul malade ne présente aucune altération objective gastro-duodénale.

Chez tous les autres, la symptomatologie fonctionnelle s'appuie sur des modifications

sécrétoires, gastroscopiques ou biopsiques, qui font poser un diagnostic formel de gastrite chez 40 de ces 49 malades.

7. De telles gastrites ne reconnaissent aucun profil particulier ou spécifique ; leurs caractères ne paraissent en rapport, ni avec l'ancienneté et la sévérité du passé amibien, ni avec la nature des manifestations coliques.

8. Les seuls points communs à nos malades sont l'existence d'antécédents amibiens et la constatation d'une colopathie séquellaire.

Nous avons en particulier éliminé, chez tous, une participation hépatovésiculaire ou pancréatique.

9. Les mécanismes qui relient les altérations gastriques aux troubles coliques sont mal élucidés et discutables :

- coïncidence simple, sans lien entre les deux affections, la gastrite étant très fréquente chez l'adulte ;
- autre cause que l'amibiase : alcool, tabac, parasitose associée.

Enfin, si l'on admet une relation entre les deux maladies, ce que nous laisse supposer la fréquence de la gastrite des amibiens, nous rapportons, sans en formuler de nouvelles, les diverses hypothèses étiopathogéniques qui ont été émises : infestation directe de la muqueuse par l'amibe ; propagation d'une infection surajoutée d'origine colique ; rôle d'une atteinte hépatique associée, plus ou moins latente ; retentissement d'un dérèglement neurovégétatif ; phénomène allergique.

Vu, le Président de thèse :

Ch. DEBRAY. —

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET.

Vu, et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
M. MALLET.

BIBLIOGRAPHIE

1. AIDAN J. : Contribution à l'étude des duodénites d'origine amibienne. *Thèse Paris* ; 1955.
2. BAUMEL J. : Les retentissements gastro-duodénaux de l'amibiase intestinale chronique. *Paris Médical* ; juin 1945, p. 194-196.
3. BAUMEL J. et FASSIO E. : Rapport au Congrès international de l'Amibiase, Châtel-Guyon, 1950. *Gaz. Méd. France* ; 16, 1950, p. 735.
4. BENSUADE R. : Rectoscopie - Sigmoidoscopie. Paris, 1956, 3^e édit., Masson.
5. BERENI J. : Les manifestations tardives non parasitaires de l'amibiase. *Marseille Médical* ; 5, 1967, p. 481-485.
6. BLANC F. et SIGUIER F. : L'amibiase ; étude clinique et thérapeutique. *L'Expans. scient. franç.* ; 1950.
7. BRUMPT V. : Amibiase intestinale et ulcus gastrique. Thèse Montpellier ; 1941.
8. CATTAN R. : Les duodénites parasitaires. *Sem. Hôp. Paris* ; 26, 1950.
Sur quelques formes larvées de l'amibiase intestinale chronique. *Arch. Mal. app. digestif* ; 38, 1949, p. 683-692.
9. CHENE P. et SIMON A. : Dyspepsie gastrique et amibiase. *Arch. Mal. app. digestif* ; 38, 1949, 5-6, p. 338-345.
10. COLONELLO F. : L'ulcère gastro-duodéal dans l'amibiase intestinale chronique. *Act. Med. Ital. Mal. Inf. e Para* ; sept. 1949.
11. COSTANTINI : Rapport présenté au Congrès de l'amibiase. *Maroc Médical* ; 167, mai 1936.
12. COUMEL C., MOLINIER A. et RESCANIERES A. : Manifestations gastro-duodénales de l'amibiase. *Arch. Mal. app. digestif* ; 37, 1948, 9-10, p. 613-618.
13. CRAIG Ch.F. : Séquelles dyspeptiques de la dysenterie, signes, diagnostic et traitement chez les porteurs d'*Entamæba Histolytica*. *Am. Jour. Med. Ass* ; 28 avr. 1923.
14. CROSNIER R. : L'amibiase aberrante. *Rev. Prat.* ; I, 7, 1951, p. 423-429.
15. DEBRAY Ch., LAUMONIER R. et HOUSSET P. : Confrontations des données gastroscopiques et des biopsies des muqueuses gastriques dans les gastrites. *Arch. Mal. app. digestif* ; 41, 1952, p. 922-937.
16. DEJOU L. : Les pyloroduodénites chez les amibiens. *Soc. Chir. Marseille* ; 22 févr. 1943.
17. DEJOU L. et BARBET R. : Les retentissements gastro-duodénaux de l'amibiase intestinale. *Méd. Trop.* ; 2, 1943, p. 103-122.
18. DELAHAYE R.-P., JOLLY R., LAABAN J. et BOURSQUOT P. : L'amibiase intestinale chronique ; étude radiologique de 171 cas. *Jour. Rad. et Elect.* ; 45, 1964, 3-4, p. 117-132.
19. DURIEZ R. : Amibiase. *Encyclopædia Universalis* ; 1968.
20. DURIEZ R., LAVERDANT Ch. et DOURY P. : L'amibiase en France et sa thérapeutique. *Rev. Immex* ; 6 juil. 1969.
21. FELIX H. et DRONIOU J. : Amibiase parasitose ou amibiase maladie ; un diagnostic essentiel. *Soc. Méd. Hôp. Paris* ; 5, 1963, 114, p. 429-437.

22. FELIX H., TURPIN J., DESBUQUOIS B. et MION C. : Amibiase intestinale ; réflexions cliniques à propos de 600 observations. *Sem. Hôp. Paris* ; 1960, 64-65, p. 2096-2114.
23. FILIPPI C. : Contribution à l'étude des lésions gastro-duodénales chez les amibiens chroniques. Thèse Marseille ; 1958.
24. FROMANTIN M. : Incidences lointaines de l'amibiase maladie chez les militaires de carrière. *Rev. Corps Santé* ; juin 1965, p. 747-755.
25. FROMANTIN M., DELRIEU F. et METRAS D. : A propos des ulcères gastro-duodénaux chez les anciens amibiens. *Soc. Méd. milit. franç* ; 6, juin 1965.
26. GOIFFON B. et BURKEL N. : L'exploration fonctionnelle du tube digestif par l'examen des selles. *Rev. Prat.* ; 18, 1968, 9 bis, p. 1409-1420.
27. GUTMANN R.-A. : Les difficultés de diagnostic de l'amibiase. *Concours Médic.* ; 19, 1931.
28. JACQUELIN Ch., CORNET A. et LAPLAGNE A. : Gastrites intenses et diffuses chez les anciens amibiens ou anciens dysentériques coloniaux. *Gaz. Méd. France* ; 71, nov. 1964, 19, p. 3451-3461.
29. LAABAN J., DELAHAYE R., ALLAIN Y. et LEGUAY G. : L'amibiase. Etude clinique, radiologique et thérapeutique. *Mono. Méd. et Scien.* ; 118, sept.-oct. 1965.
30. LAMBLING A. et BERNIER J.-J. : Le tubage gastrique à l'histamine. *Sem. Hôp. Paris* ; 32, 1959, 3.
31. LEMOIGNE Y. : Confrontations anatomo-clinique et anatomo-endoscopique à propos de 1.000 malades ayant subi une tentative de biopsie de muqueuse gastrique. Thèse Paris ; 1966.
32. LHOIRY J. : L'amibiase du rapatrié. Thèse Montpellier ; 1943.
33. MARTIN H., FLOCH M.S., ROBERT W. THOMASSEN : Gastritis in hookworm disease. *Am. Jour. Dig. Dis.* ; 8 févr. 1963.
34. MOLINIER A. : Le devenir de l'amibien. *Vie médicale* ; 45, juil. 1964, p. 1147-1155.
35. MOLINIER A. et LAPEYRE : L'amibiase autochtone. *Presse Médic.* ; 22 avr. 1950.
36. MOLINIER A., TCHOURINOFF N. et TRAN THE : Quelques considérations sur le devenir rapproché et lointain des amibiases et leurs interférences morbides. *Soc. Méd. Hôp. Paris* ; 5, 1963, p. 439-450.
37. MONGES : L'avenir digestif des amibiens. *Marseille Médic.* ; juil. 1938.
38. MOUTIER F. et CORNET A. : Les gastrites. Paris, 1955, Masson.
39. MUR R. : L'ulcère gastro-duodénal des amibiens. Thèse Bordeaux, 1946.
40. PERARD et DUBOUREAU : Rapport de l'amibiase et de la chirurgie au Maroc. *Maroc Méd.* ; mai 1936.
41. PETRIQUE L. : Les retentissements gastro-duodénaux de l'amibiase intestinale. Thèse Montpellier, 1943.
42. RAVAGLIA D. : La duodénopathie de l'amibiase intestinale chronique. *Riforma Médica* ; 2, 1949.
43. RISTIC L. : Amibiase et ulcère gastro-duodénal. *Arch. Mal. app. digestif* ; 44, 1955, 9-10, p. 1012-1019.
44. SERAFINO X., NOSNY P. et Mme SERAFINO G. : Les formes abdominales extra-coliques de l'amibiase. *Rev. Prat* ; 13, 1963, 24, p. 2915-2921.
45. SPEDER : Importance de l'examen radiologique pour le dépistage et l'étude de l'amibiase. *Maroc Méd.* ; mai 1936, 167.
46. TRAN THE NGHIEP : Le devenir rapproché et lointain des amibiases observées en France. Thèse Paris, 1963.
47. TRIPODI P. : Symptomatologie gastro-duodénale dans l'amibiase intestinale chronique. *Arch. Ital. Scien. Med. Trop. e Para* ; 1956, p. 151.

